

# SAIRAANHOITOVAKUUTUKSEN ROOLI OSANA SOSIAALI- JA TERVEYSPALVELUJÄRJESTELMÄÄ

## KUVAILULEHTI

Julkaisija	Päivämäärä
Sosiaali- ja terveysministeriö	15.2.2013
Tekijät	Toimeksiantaja
Sairausvakuutuksen roolia osana sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmää selvittävä työryhmä. Pj. Virpi Korhonen, STM Sihteerit: Hanna Koskinen, Kela, Sanna Pekkarinen, Milja Tiainen, STM	Sosiaali- ja terveysministeriö
	HARE-numero ja toimitilien asettamispäivä
	STM123:00/2011 17.1.2012

Muiston nimi

Sairaanhoitovakuutuksen rooli osana sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmää

## Tiivistelmä

■ Sosiaali- ja terveysministeriö asetti työryhmän, jonka tehtävänä oli selvittää sairausvakuutuksen roolia osana sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmää. Työryhmän tavoitteena oli tarkastella, miten kunnallista terveyspalvelujärjestelmää ja sairausvakuutusjärjestelmää sovitetaan yhteen monikanavaisen rahoitusjärjestelmän ongelmien vähentämiseksi ja miten sairausvakuutus voi parhaalla mahdollisella tavalla tukea ja täydentää julkisen terveydenhuollon palveluita. Työryhmän tuli selvittää kytkennät julkisen terveydenhuollon palveluiden ja sairausvakuutuksen tukeman toiminnan välillä, kuten odotusajan hinta, hoitovaihtoehdon hinta sekä keinoja mahdollisen osaoptimoinnin vähentämiseksi. Tehtävänä oli myös selvittää ja tehdä ehdotukset sairaanhoitovakuutuksen korvausjärjestelmän kehittämiseksi sekä Kansaneläkelaitoksen (Kela) järjestämän ja korvaaman psykoterapian ja kuntoutuksen sovittamisesta yhteen muuhun julkiseen palvelukokonaisuuteen.

Työryhmä tarkasteli erilaisia vaihtoehtoja sairaanhoitovakuutuksen korvausjärjestelmän kehittämiseksi. Työryhmän mukaan sairaanhoitovakuutuksen kehittämissuunta ja rooli terveyspalvelujärjestelmässä voidaan kuitenkin päättää vasta, kun sosiaali- ja terveydenhuollon uudet rakenteet ovat selvillä. Työryhmä kuitenkin korostaa, että sairaanhoitokorvausjärjestelmän korvausten vähittäinen hiipuminen ei ole terveydenhuoltojärjestelmän kokonaisuuden kannalta tarkoituksenmukaista. Tämän vuoksi työryhmä pitää tärkeänä nykyisten sairaanhoitokorvausten korvaustasojen ylläpitämistä ja keinojen rakentamista korvaustason näivettymisen ehkäisemiseksi. Lisäksi työryhmä ehdottaa, että sairaanhoitovakuutuksen ja perusterveydenhuollon yhteistyöhankkeita ja niiden tarkoituksenmukaisuutta selvitetäisiin.

Sairausvakuutuksesta korvatusen yksityisen terveydenhuollon hintojen läpinäkyvyyden ja avoimuuden lisäämiseksi sekä hintojen vertailtavuuden parantamiseksi työryhmä ehdottaa, että palveluntuottajien veloitetta pitää hintoja julkisesti esillä tehostettaisiin. Kokonaiskustannusten läpinäkyvyyden parantamiseksi Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) ja Kela veloitettaisiin yhteistyössä tekemään julkisia arvioita yleisten hoitojen keskimääräisistä kokonaiskustannuksista.

Osoptimoinnin vähentämiseksi työryhmä ehdottaa ensihoidon rahoituksen selkeyttämistä sekä hoitojonojen pituuden ja sairauspäivärahojen yhteyden selvittämistä. Matkakustannusten osaoptimointiin ja suuruuteen vaikuttavien tekijöiden selvittämiseksi matkakustannuksia tulisi tarkastella yhdellä tai useammalla kokeilualueella. Lisäksi työryhmä ehdottaa, että matkakustannukset korvattaisiin sairausvakuutuksesta aina lähimpään tarpeelliseen hoitopaikkaan, jos potilas hakeutuu oma-aloitteisesti lähintä hoitopaikkaa kauemmaksi. Lisäksi olisi arvioitava yöpymisrahan sekä oman auton käyttöön liittyvien säännösten kehittämismahdollisuuksia.

Työryhmä ehdottaa, että aikuisten kuntoutuspsykoterapian korvaustasoa nostettaisiin, jotta taloudelliset syyt eivät estäisi palveluihin pääsyä. Lisäksi työryhmä ehdottaa, että muiden kuin lääkäreiden antaman potilaan mahdollista kuntoutusta edeltävään hoitoon liittyvän psykoterapian saattamista sairausvakuutuskorvattavuuden piiriin selvitetäisiin.

## Asiasanat

kuntoutus, sairaanhoito, sairausvakuutus, terveydenhuolto

Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2012:34	Muut tiedot www.stm.fi
ISSN-L 2242-0037 ISSN 2242-0037 (verkkojulkaisu) ISBN 978-952-00-3279-1 URN:ISBN:978-952-00-3279-1 http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3279-1	Kokonaissivumäärä 81
	Kieli suomi



SOSIAALI- JA  
TERVEYSMINISTERIÖ

## PRESENTATIONSBLAD

Utgivare	Datum
Social- och hälsovårdsministeriet	15.2.2013
Författare	Uppdragsgivare
Arbetsgruppen för utredning av sjukförsäkringens roll som ett led i social- och hälsovårdssystemet.	Social- och hälsovårdsministeriet
Ordf. Virpi Korhonen, SHM	Projektnummer och datum för tillsättandet av organet
Sekreterare: Hanna Koskinen, FPA Sanna Pekkarinen, Milja Tiainen, SHM	STM123:00/2011 17.1.2012
Rapportens titel	
Sjukvårdsförsäkringens roll som ett led i social- och hälsovårdssystemet	
Referat	

■ Social- och hälsovårdsministeriet tillsatte en arbetsgrupp med uppgift att utreda sjukförsäkringens roll som ett led i social- och hälsovårdssystemet. Målet för arbetsgruppen var att granska hur det kommunala systemet för hälso- och sjukvårdstjänster och sjukförsäkringssystemet kan samordnas för att minska problemen med flera finansieringskanaler, och hur sjukförsäkringen på bästa möjliga sätt kan stödja och komplettera de offentliga hälso- och sjukvårdstjänsterna. Arbetsgruppen skulle utreda kopplingar mellan offentliga hälso- och sjukvårdstjänster och verksamhet som stöds från sjukförsäkringen, såsom priset för väntetid, priset för vårdalternativ samt metoder för att minska eventuell deloptimering. En annan uppgift var att utreda och lägga fram förslag till att utveckla ersättningssystemet för sjukvårdsförsäkringen samt samordna psykoterapi och rehabilitering som ordnas och ersätts av Folkpensionsanstalten (FPA) med den övriga offentliga servicehelheten.

Arbetsgruppen granskade olika alternativ för att utveckla ersättningssystemet för sjukvårdsförsäkringen. Enligt arbetsgruppen kan dock utvecklingsriktning och roll för sjukvårdsförsäkringen bestämmas först när de nya strukturerna inom social- och hälsovården är klara. Arbetsgruppen poängterar dock att om ersättningarna från sjukvårdsförsäkringssystemet successivt krymper är det inte ändamålsenligt för hälso- och sjukvårdssystemet som helhet. Arbetsgruppen anser det därför viktigt att upprätthålla ersättningsnivåerna för nuvarande sjukvårdsersättningar och utveckla metoder för att förebygga att ersättningsnivån sjunker reellt. Därutöver föreslår arbetsgruppen att samarbetsprojekt mellan sjukvårdsförsäkringen och primärvården och deras ändamålsenlighet ska utredas.

För att öka genomskinligheten och öppenheten för de priser inom den privata hälso- och sjukvården som ersätts från sjukförsäkringen samt förbättra jämförbarheten mellan priser föreslår arbetsgruppen att man ska effektivisera tjänsteproducenternas skyldighet att offentligt redovisa priserna. Institutet för hälsa och välfärd och FPA ska bli skyldiga att i samarbete göra offentliga uppskattningar av de genomsnittliga totala kostnaderna för allmänna behandlingar i syfte att förbättra genomskinligheten i de totala kostnaderna.

För att minska deloptimeringen föreslår arbetsgruppen att finansieringen för prehospital akutsjukvård klarläggs samt sambandet mellan vårdköernas längd och sjukdagpenning utreds. För utredning av faktorer som påverkar deloptimering av resekostnaderna och deras belopp ska resekostnaderna granskas inom ett eller flera försöksområden. Därutöver föreslår arbetsgruppen att resekostnaderna från sjukförsäkringen alltid ska ersättas till närmaste nödvändiga vårdplats, om patienten på eget initiativ söker sig längre än till den närmaste vårdplatsen. Dessutom bör man utreda utvecklingsmöjligheter för bestämmelserna om övernattningspenning och användning av egen bil.

Arbetsgruppen föreslår att ersättningsnivån för rehabiliteringspsykoterapi för vuxna ska höjas för att ekonomiska skäl inte ska förhindra tillträde till tjänsterna. Därutöver föreslår arbetsgruppen att en utredning ska göras om huruvida psykoterapi som getts av andra än läkare med anknytning till behandling som föregått patientens eventuella rehabilitering ska omfattas av ersättning från sjukförsäkringen.

Nyckelord

hälsovård, rehabilitering, sjukförsäkring, sjukvård

Social- och hälsovårdsministeriets rapporter och promemorior 2012:34	Övriga uppgifter
ISSN-L 2242-0037	<a href="http://www.stm.fi/svenska">www.stm.fi/svenska</a>
ISSN 2242-0037 (online)	Sidoantal
ISBN 978-952-00-3279-1	81
URN:ISBN:978-952-00-3279-1	Språk
<a href="http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3279-1">http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3279-1</a>	Finska



SOCIAL- OCH  
HÄLSOVÅRDSMINISTERIET

## *SOSIAALI- JA TERVEYSMINISTERIÖLLE*

Sosiaali- ja terveysministeriö asetti 17. päivänä tammikuuta 2012 sairausvakuutusjärjestelmän roolia osana sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmää selvittävän työryhmän.

Työryhmän toimeksiannon mukaan selvitystyön tavoitteena oli tarkastella, miten kunnallista terveyspalvelujärjestelmää ja sairausvakuutusjärjestelmää sovitetaan yhteen monikanavaisen rahoitusjärjestelmän ongelmien vähentämiseksi. Tavoitteena oli selvittää, miten sairausvakuutus voi parhaalla mahdollisella tavalla tukea ja täydentää julkisen terveydenhuollon palveluita. Lisäksi selvitystyön tavoitteena oli sairausvakuutusjärjestelmän ymmärrettävyyden, selkeyden ja läpinäkyvyyden parantaminen.

Pääministeri Jyrki Kataisen hallituksen ohjelman mukaan kunnallista terveyspalvelujärjestelmää ja sairausvakuutusjärjestelmää yhteen sovitetaan monikanavaisen rahoitusjärjestelmän ongelmien vähentämiseksi. Terveydenhuollon, sosiaalivakuutuksen ja kuntoutuksen eri toimijoiden välistä yhteistyötä ja raportointia tehostetaan niin, että muodostetaan asiakkaiden kannalta tavoitteelliset ja toiminnalliset hoito- ja palveluketjut, joiden kokonaiskustannukset ovat järjestämisvastuussa olevilla tahoilla hallinnassa. Näin parannetaan rahoituksen läpinäkyvyyttä ja voidaan seurata myös eri toimintojen sekä niistä muodostuvan kokonaisuuden vaikuttavuutta.

Sairausvakuutusjärjestelmän ja kunnallisen terveydenhuollon yhteensovittamiseksi työryhmän tuli selvittää kytkennät julkisen terveydenhuollon palveluiden ja sairausvakuutuksen tukeman toiminnan välillä, kuten odotusajan hinta, hoitovaihtoehtojen hinta, miten paljon sairausvakuutuksen korvaamat palvelut lisäävät terveydenhuollon ja kuntoutuksen toimivuutta sekä minkälaisilla käytännöillä mahdollista osaoptimointia voidaan vähentää. Kunnallisten palveluiden järjestämisvastuussa olevalla taholla pitäisi olla myös hoidon kokonaiskustannukset tiedossa. Lisäksi työryhmän tuli selvittää toimenpiteitä, joilla sairausvakuutusjärjestelmän ymmärrettävyyttä voidaan parantaa. Työryhmän tuli myös selvittää keinoja kustannusten hillitsemiseksi esimerkiksi palveluntarjoajien välistä hintakilpailua ja kansalaisten hintatietoisuutta lisäämällä.

Selvitystyössä työryhmän tuli tarkastella myös valtiontalouden tarkastusviraston tuloksellisuustarkastuskertomuksessa 228/2011 ehdotettuja toimenpiteitä.

Työryhmän oli määrä saada työnsä valmiiksi 31. toukokuuta 2012 mennessä. Sosiaali- ja terveysministeriö jatkoi 30. päivänä toukokuuta 2012 tekemällään päätöksellä työryhmän määräaikaan 31. joulukuuta 2012 saakka. Samalla työryhmän toimeksianto laajennettiin siten, että työryhmän tuli selvittää ja tehdä ehdotukset sairaanhoitovakuutuksen korvausjärjestelmän kehittämiseksi sekä Kansaneläkelaitoksen järjestämisen ja korvaaman psykoterapian ja kuntoutuksen sovittamisesta yhteen muuhun julkiseen palvelukokonaisuuteen.

Työryhmän puheenjohtajana on toiminut johtaja Anja Kairisalo sosiaali- ja terveysministeriöstä 18.1.2012–24.9.2012 ja hänen tilallaan neuvotteleva virkamies Virpi Korhonen sosiaali- ja terveysministeriöstä 24.9.2012 alkaen työryhmän toimikauden loppuun saakka.

Työryhmän jäseninä ovat olleet johtaja Heikki Palm sosiaali- ja terveysministeriöstä, lääkintöneuvos Jukka Mattila sosiaali- ja terveysministeriöstä, etuusjohtaja Elise Kivimäki Kansaneläkelaitoksesta, terveysturvan tutkimuksen päällikkö Hennamari Mikkola Kansaneläkelaitoksesta sekä erityisasiantuntija Erja Wiili-Peltola Suomen Kuntaliitosta 24.9.2012 saakka ja erityisasiantuntija Anu Nemlander Suomen Kuntaliitosta 24.9.2012 alkaen työryhmän toimikauden loppuun saakka.

Työryhmän pysyvinä asiantuntijoina ovat olleet hallintoylilääkäri Eeva Reissell Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksesta, erityisasiantuntija Tero Tyni Suomen Kuntaliitosta ja elokuuhun 2012 saakka kehittämisspäällikkö Jukka Harno Kansaneläkelaitoksesta.

Työryhmän sihteereinä ovat toimineet neuvotteleva virkamies Virpi Korhonen sosiaali- ja terveysministeriöstä 24.9.2012 saakka, hallitussihteeri Sanna Pekkarinen sosiaali- ja terveysministeriöstä, neuvotteleva virkamies Taina Mäntyranta sosiaali- ja terveysministeriöstä elokuuhun 2012 saakka, jonka jälkeen hänen tilallaan 1.10.2012 alkaen tarkastaja Milja Tiainen sosiaali- ja terveysministeriöstä, sekä tutkija Hanna Koskinen Kansaneläkelaitoksesta.

Työryhmän kuultavina ovat olleet seuraavat asiantuntijat: lääkintöneuvos Anne Nordblad, ylitarkastaja Outi Töytäri ja lääkintöneuvos Helena Vorma sosiaali- ja terveysministeriöstä, pääsuunnittelija Anne Giss, asiantuntijahammaslääkäri Sari Helminen, kuntoutuspäällikkö Tiina Huusko, johtava lääkäri Pekka Koivisto ja asiantuntijalääkäri Paula Melart Kansaneläkelaitoksesta, hallintoylilääkäri Lasse Lehtonen Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiristä, varatoiminnanjohtaja Risto Ihalainen Suomen Lääkäriliitosta, toiminnanjohtaja Matti Pöyry Suomen Hammaslääkäriliitosta, toimitusjohtaja Merja Hirvonen Terveyspalvelualan Liitosta, toiminnanjohtaja Ismo Partanen Lääkäripalveluyritykset ry:stä, ekonomisti Joonas Rahkola Suomen Ammattiliittojen Keskusjärjestö SAK ry:stä, sosiaali- ja terveystaloudellinen asiantuntija Riitta Työläjäarvi Toimihenkilökeskusjärjestö STTK ry:stä ja lakimies Paula Ilveskivi Akava ry:stä.

Työryhmä kokoontui työnsä aikana yhteensä 23 kertaa.

Saatuaan tehtävänsä päätökseen työryhmä luovuttaa sosiaali- ja terveysministeriölle kunnioittavasti muistionsa.

Helsingissä 15. päivänä helmikuuta 2013.

Virpi Korhonen

Heikki Palm

Jukka Mattila

Elise Kivimäki

Hennamari Mikkola

Anu Nemlander

# SISÄLLYS

<b>1</b>	<b>JOHDANTO .....</b>	<b>7</b>
<b>2</b>	<b>NYKYTILA .....</b>	<b>8</b>
2.1	JULKINEN TERVEYDENHUOLTO .....	8
2.1.1	Järjestelmän kuvaus.....	8
2.1.2	Lääkäri- ja hammaslääkäripalvelut .....	10
2.1.3	Muut palvelut.....	11
2.1.4	Asiakasmaksut .....	12
2.1.5	Julkisen terveydenhuollon menot ja rahoitus.....	13
2.2	SAIRAUSVAKUUTUS .....	15
2.2.1	Sairausvakuutuksen periaatteet .....	15
2.2.2	Sairaanhoidovakuutuksen etuudet ja korvaukset.....	15
2.2.3	Työtulovakuutuksen etuudet ja korvaukset .....	23
2.2.4	Sairausvakuutuksen rahoitus .....	25
<b>3</b>	<b>JULKISEN TERVEYDENHUOLLON JA SAIRAUSVAKUUTUKSEN VÄLISET RAJAPINNAT JA MONIKANAVAISEN RAHOITUSJÄRJESTELMÄN HAASTEET .....</b>	<b>27</b>
3.1	KATSAUS MENNEESEEN .....	27
3.2	AIKAISEMMAT SELVITYKSET .....	28
3.3	SAIRAUSVAKUUTUKSEN VIIMEAIKAINEN KEHITYS .....	31
3.4	NYKYTILAN ARVIOINTI .....	32
3.4.1	Sairaanhoido.....	33
3.4.2	Suun terveydenhuolto .....	46
3.4.3	Kuntoutus.....	51
3.4.4	Matkat .....	57
3.4.5	Lääkkeet.....	60
3.4.6	Työvoimakysymykset .....	62
<b>4</b>	<b>TYÖRYHMÄN JOHTOPÄÄTÖKSET JA EHDOTUKSET .....</b>	<b>66</b>
4.1	SAIRAANHOITOVAKUUTUKSEN ROOLI OSANA SOSIAALI- JA TERVEYSPALVELUJÄRJESTELMÄÄ .....	66
4.2	TYÖRYHMÄN EHDOTUKSET .....	69
4.2.1	Sairausvakuutuksen sairaanhoidokorvausjärjestelmän ja kunnallisen terveyspalvelujärjestelmän yhteen sovittaminen sekä sairausvakuutusjärjestelmän kehittäminen .....	69
4.2.2	Hintojen avoimuus ja kokonaiskustannusten läpinäkyvyys .....	73
4.2.3	Osaoptimoinnin vähentäminen.....	74
4.2.4	Matkakorvaukset .....	77
4.2.5	Kuntoutus.....	79

# 1 JOHDANTO

Sosiaali- ja terveysministeriö asetti 17. tammikuuta 2012 sairausvakuutusjärjestelmän roolia osana sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmää selvittävän työryhmän.

Työryhmän toimeksiannon mukaan selvitystyön tavoitteena oli tarkastella, miten kunnallista terveyspalvelujärjestelmää ja sairausvakuutusjärjestelmää sovitetaan yhteen monikanavaisen rahoitusjärjestelmän ongelmien vähentämiseksi. Tavoitteena oli selvittää, miten sairausvakuutus voi parhaalla mahdollisella tavalla tukea ja täydentää julkisen terveydenhuollon palveluita. Lisäksi selvitystyön tavoitteena oli sairausvakuutusjärjestelmän ymmärrettävyyden, selkeyden ja läpinäkyvyyden parantaminen.

Pääministeri Jyrki Kataisen hallituksen ohjelman mukaan kunnallista terveyspalvelujärjestelmää ja sairausvakuutusjärjestelmää yhteen sovitetaan monikanavaisen rahoitusjärjestelmän ongelmien vähentämiseksi. Terveydenhuollon, sosiaalivakuutuksen ja kuntoutuksen eri toimijoiden välistä yhteistyötä ja raportointia tehostetaan niin, että muodostetaan asiakkaiden kannalta tavoitteelliset ja toiminnalliset hoito- ja palveluketjut, joiden kokonaiskustannukset ovat järjestämisvastuussa olevilla tahoilla hallinnassa. Näin parannetaan rahoituksen läpinäkyvyyttä ja voidaan seurata myös eri toimintojen sekä niistä muodostuvan kokonaisuuden vaikuttavuutta.

Sairausvakuutusjärjestelmän ja kunnallisen terveydenhuollon yhteensovittamiseksi työryhmän tuli selvittää kytkennät julkisen terveydenhuollon palveluiden ja sairausvakuutuksen tukeman toiminnan välillä, kuten odotusajan hinta, hoitovaihtoehdon hinta, miten paljon sairausvakuutuksen korvaamat palvelut lisäävät terveydenhuollon ja kuntoutuksen toimivuutta sekä minkälaisilla käytännöillä mahdollista osaoptimointia voidaan vähentää. Kunnallisten palveluiden järjestämisvastuussa olevalla taholla pitäisi olla myös hoidon kokonaiskustannukset tiedossa. Lisäksi työryhmän tuli selvittää toimenpiteitä, joilla sairausvakuutusjärjestelmän ymmärrettävyyttä voidaan parantaa. Työryhmän tuli myös selvittää keinoja kustannusten hillitsemiseksi esimerkiksi palveluntarjoajien välistä hintakilpailua ja kansalaisten hintatietoisuutta lisäämällä.

Selvitystyössä työryhmän tuli tarkastella myös valtiontalouden tarkastusviraston tuloksellisuustarkastuskertomuksessa 228/2011 ehdotettuja toimenpiteitä.

Työryhmän oli määrä saada työnsä valmiiksi 31. toukokuuta 2012 mennessä. Sosiaali- ja terveysministeriö jatkoi 30. toukokuuta 2012 tekemällään päätöksellä työryhmän määräaikaan 31. joulukuuta 2012 saakka. Samalla työryhmän toimeksiantoa laajennettiin siten, että työryhmän tuli selvittää ja tehdä ehdotukset sairaanhoitovakuutuksen korvausjärjestelmän kehittämiseksi sekä Kansaneläkelaitoksen järjestämän ja korvaaman psykoterapian ja kuntoutuksen sovittamisesta yhteen muuhun julkiseen palvelukokonaisuuteen.

## 2 NYKYTILA

### 2.1 JULKINEN TERVEYDENHUOLTO

#### 2.1.1 Järjestelmän kuvaus

Suomen sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmän perustana ovat kuntien asukkailleen järjestämät palvelut. Terveysdenhuoltolaki (1326/2010) tuli voimaan 1.5.2011. Laissa säädetään kunnan järjestämisvastuuseen kuuluvan terveydenhuollon palvelujen toteuttamisesta ja sisällöstä. Terveysdenhuoltolakiin yhdistettiin aiemmat kansanterveyslain (66/1972) ja erikoissairaanhoitolain (1062/1989) säännökset toiminnan ja palvelujen sisällöstä. Terveysdenhuollon palvelurakenteita koskeva sääntely on edelleen kansanterveyslaissa ja erikoissairaanhoito-laissa. Lisäksi terveydenhuollosta säädetään erityislainsäädännössä, kuten työterveyshuoltolaissa (1383/2001), mielenterveyslaissa (1116/1990) sekä tartuntatautilaissa (583/1986) ja -asetuksessa (786/1986).

Terveysdenhuoltolain 10 §:n mukaan kunnan ja sairaanhoitopiirin kuntayhtymän on järjestettävä terveydenhuollon palvelut sisällöltään ja laajuudeltaan sellaisiksi kuin kunnan tai sairaanhoitopiirin kuntayhtymän asukkaiden hyvinvointi, potilasturvallisuus, sosiaalinen turvallisuus ja terveydentila sekä niihin vaikuttavien tekijöiden seurannan perusteella lääketieteellisesti, hammaslääketieteellisesti tai terveystieteellisesti arvioitu perusteltu tarve edellyttävät.

Sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionavustuksesta annetun lain (733/1992) 4 §:n mukaan kunta voi järjestää sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut hoitamalla toiminnan itse, yhteistyössä muun kunnan tai muiden kuntien kanssa, olemalla jäsenenä toimintaa hoitavassa kuntayhtymässä tai hankkimalla palveluja valtiolta, toiselta kunnalta, kuntayhtymältä tai muulta julkiselta tai yksityiseltä palvelujen tuottajalta. Kunta voi myös järjestää palvelut antamalla palvelunkäyttäjälle palvelusetelin, jolla kunta sitoutuu maksamaan palvelunkäyttäjän kunnan hyväksymältä yksityiseltä palvelujen tuottajalta hankkimat palvelut kunnan päätöksellä asetettuun setelin arvoon asti.

Terveysdenhuoltoon sisältyvät terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen, perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoito. Perusterveydenhuoltoon kuuluvat kunnan järjestämä väestön terveydentilan seuranta, terveyden edistäminen ja sen osana terveysneuvonta ja terveystarkastukset, suun terveydenhuolto, lääkinnällinen kuntoutus, työterveyshuolto, ympäristöterveydenhuolto sekä päivystys, avosairaanhoito, kotisairaanhoito, kotisairaala- ja sairaalahoito, mielenterveystyö ja päihdetyö siltä osin kuin niitä ei järjestetä sosiaalihuollossa tai erikoissairaanhoidossa. Perusterveydenhuollon palveluista huolehditaan kuntien terveyskeskuksissa.

Erikoissairaanhoidolla tarkoitetaan lääketieteen ja hammaslääketieteen erikoisalojen mukaisia sairauksien ehkäisyyn, tutkimiseen, hoitoon, ensihoitoon, päivystykseen ja lääkinnälliseen kuntoutukseen kuuluvia terveydenhuollon palveluja. Erikoissairaanhoidon järjestämistä varten Suomi on jaettu kahteenkymmeneen sairaanhoitopiiriin siten, että jokainen kunta kuuluu johonkin sairaanhoitopiiriin. Sairaanhoitopiirin kuntayhtymä järjestää erikoissairaanhoidon palveluja alueensa asukkaille. Lisäksi kaikki sairaanhoitopiirit kuuluvat jonkin yliopistosairaalan erityisvastuualueeseen vaativien erikoissairaanhoidon palvelujen järjestämiseksi.

#### *Hoitoon pääsy*

Terveysdenhuoltolain 51 §:ssä säädetään perusterveydenhuollon hoitoon pääsystä. Terveysdenhuollon ammattihenkilön on tehtävä hoidon tarpeen arviointi viimeistään kolmantena arkipäivänä siitä, kun potilas otti yhteyden terveyskeskukseen, jollei arviota ole voitu tehdä ensimmäisen yhteydenoton aikana.



Hoidon tarpeen arvioinnin yhteydessä lääketieteellisesti tai hammaslääketieteellisesti tarpeelliseksi todettu hoito on järjestettävä potilaan terveydentila ja sairauden ennakoitavissa oleva kehitys huomioon ottaen kohtuullisessa ajassa, kuitenkin kolmessa kuukaudessa siitä, kun hoidon tarve on arvioitu. Tämä kolmen kuukauden enimmäisaika voidaan ylittää suun terveydenhuollossa ja perusterveydenhuollon yhteydessä toteutettavassa erikoissairaanhoidossa enintään kolmella kuukaudella, jos lääketieteellisistä, hoidollisista tai muista vastaavista perustelluista syistä hoidon antamista voidaan lykätä potilaan terveydentilan vaarantumatta.

Henkilön ottaminen sairaalaan kiireetöntä sairaanhoitoa varten edellyttää lääkärin tai hammaslääkärin tutkimukseen perustuvaa lähetettä. Terveystieteellisen 52 §:n mukaan erikoissairaanhoidossa hoidon tarpeen arviointi on aloitettava kolmen viikon kuluessa siitä, kun lähete on saapunut erikoissairaanhoidon toteuttavaan toimintayksikköön. Jos hoidon tarpeen arviointi edellyttää erikoislääkärin arviointia tai erityisiä kuvantamis- tai laboratoriotutkimuksia, on arviointi ja tarvittavat tutkimukset toteutettava kolmen kuukauden kuluessa siitä, kun lähete on saapunut toimintayksikköön.

Hoidon tarpeen arvioinnin perusteella lääketieteellisesti, hammaslääketieteellisesti tai terveystieteellisesti tarpeelliseksi todettu hoito ja neuvonta on järjestettävä ja aloitettava hoidon edellyttämä kiireellisyys huomioon ottaen kohtuullisessa ajassa, kuitenkin kuuden kuukauden kuluessa siitä, kun hoidon tarve on todettu.

Potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain (785/1992) 4 §:n mukaan potilaalle on ilmoitettava hoitoon pääsyn ajankohta. Jos ilmoitettu ajankohta muuttuu, on uusi ajankohta ja muutoksen syy välittömästi ilmoitettava potilaalle.

### *Hoitopaikan valinta*

Potilaiden valinnanvapaus lisääntyi terveydenhuoltolain voimaantulon myötä. Lain 47 §:n perusteella potilas voi valita sen kotikuntansa terveyskeskuksen terveysaseman, jolta hän saa perusterveydenhuollon kiireettömät palvelut. Jos lääkäri tai hammaslääkäri arvioi, että potilas tarvitsee erikoissairaanhoidon palveluja, potilas voi valita myös hoidon antavan kunnallisen erikoissairaanhoidon toimintayksikön sillä erityisvastuualueella, jossa hänen kotikuntansa on. Tällöin valinta on tehtävä yhteisymmärryksessä lähetteen antavan lääkärin tai hammaslääkärin kanssa.

Lisäksi jos henkilö asuu tai oleskelee säännönmukaisesti tai pitempiaikaisesti kotikuntansa ulkopuolella työn, opiskelun, vapaa-ajan vieton, lähiomaisen tai muun läheisen asumisen tai muun vastaavan syyn vuoksi, hän voi käyttää hoitosuunnitelmansa mukaisen hoidon toteuttamiseen myös muun kuin oman kotikuntansa perusterveydenhuollon palveluja. Hoitovastuu säilyy kuitenkin kotikunnan terveyskeskuksella. Henkilö voi käyttää myös hoitosuunnitelmansa mukaisen erikoissairaanhoidon toteuttamiseen muun kuin oman kotikuntansa erityisvastuualueen kunnallisen erikoissairaanhoidon toimintayksikön palveluja hoitovastuun siirtymättä. Tällöin valinta on tehtävä yhteisymmärryksessä lähetteen antavan lääkärin tai hammaslääkärin kanssa.

Terveystieteellisen 49 §:n perusteella potilaalla on mahdollisuus valita häntä terveydenhuollon yksikössä hoitava laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö toimintayksikön toiminnan tarkoituksenmukaisen järjestämisen sallimissa rajoissa. Lisäksi potilaan jatkohoito on toteutettava siten, että hänet ohjataan häntä aiemmin hoitaneen lääkärin tai hammaslääkärin hoitoon aina, kun se hoidon asianmukaisen järjestämisen kannalta on mahdollista.

Vielä merkittävämpi muutos potilaiden valinnanvapauteen tulee voimaan vuoden 2014 alussa, josta alkaen potilas voi valita terveydenhuoltolain 48 §:n perusteella perusterveydenhuollostaan vastaavan terveyskeskuksen ja terveysaseman myös oman kotikuntansa ulkopuolelta. Valinta ei koske kouluterveydenhuoltoa, opiskeluterveydenhuoltoa eikä pitkäaikaista laitoshoidon. Kunnalla ei myöskään ole velvollisuutta järjestää kotisairaanhoidon oman alueensa ulkopuolelle. Jos lääkäri tai hammaslääkäri arvioi, että henkilö tarvitsee erikoissairaanhoidon palveluja, henkilö voi valita

myös hoidon antavan kunnallisen erikoissairaanhoidon toimintayksikön oman kotikuntansa ulkopuolelta yhteisymmärryksessä lähetteen antavan lääkärin tai hammaslääkärin kanssa.

## 2.1.2 Lääkäri- ja hammaslääkäripalvelut

### *Perusterveydenhuolto, avohoito terveyskeskuksissa<sup>1</sup>*

Vuonna 2010 perusterveydenhuollon avohoitokäyntejä terveyskeskuksissa oli noin 27,2 miljoonaa eli neljä prosenttia enemmän kuin edellisellä vuonna. Terveyskeskuskäynnit ovat lisääntyneet yhtäjaksoisesti vuodesta 2006 ja käyntimäärän kasvu on suurentunut vuosittain. Terveyskeskuskäynneistä yhä suurempi osuus kohdistuu muille terveydenhuollon ammattihenkilöille kuin lääkäreille.

Vuonna 2010 lääkärikäyntejä oli noin 8,4 miljoonaa ja muille ammattihenkilöille kohdistuneita käyntejä noin 18,8 miljoonaa. Lääkärikäyntien määrä kääntyi vuonna 2010 lievään nousuun koko 2000-luvun ajan jatkuneen laskun jälkeen.

Vuonna 2010 asukasta kohden tehtiin koko maassa 5,1 terveyskeskuskäyntiä, joista lääkärikäyntien osuus oli 1,6 käyntiä. Asukasta kohden terveyskeskuskäyntejä oli eniten Länsi- ja Sisä-Suomen sekä Pohjois-Suomen aluehallintovirastojen alueilla (5,3). Lääkärikäyntejä asukasta kohden oli kuitenkin eniten Itä-Suomen aluehallintoviraston alueella (2,0). Vähiten terveyskeskuskäyntejä asukasta kohden oli Etelä-Suomen aluehallintoviraston alueella (4,9).

Lukumääräisesti eniten lääkäripalveluja vuonna 2010 käyttivät 15–49-vuotiaat. Väestöön suhteutettuna lääkäripalveluiden käyttö oli kuitenkin suurinta yli 85-vuotiailla. Verrattuna vuosituhannen alkuun kaikkien ikäryhmien lääkärikäynnit ovat vähentyneet 85 vuotta täyttäneitä lukuun ottamatta. Käynnit ovat vähentyneet erityisesti 15–65-vuotiailla sekä alle vuoden ikäisillä lapsilla.

### *Suun terveydenhuolto terveyskeskuksissa<sup>2</sup>*

Vuoden 2002 alusta suun terveydenhuollon piiriin tulivat kaikki vuonna 1946 ja sen jälkeen syntyneet ja palvelujen maksuttomuus rajattiin kaikille alle 18-vuotiaille. 1.12.2002 alkaen koko väestö on ollut julkisen hammashoidon piirissä.

Suun terveydenhuollon käyntejä terveyskeskuksissa oli noin 4,9 miljoonaa vuonna 2010. Suurin osa käynneistä (77 %) tehtiin hammaslääkärille.

Suun terveydenhuollon käyntimäärä on säilynyt vuodesta 2002 jokseenkin ennallaan lukumääräisesti ja väestöön suhteutettuna. Ammattiryhmittäisissä käynneissä on tapahtunut pientä muutosta siten, että hammaslääkärikäynnit ovat hieman vähentyneet ja vastaavasti suuhygienisteille ja hammashoitajille kohdistuneet käynnit lisääntyneet. Suun terveydenhuollon ikäryhmittäisissä käynneissä 0–17-vuotiaiden käyntimäärät ovat vähentyneet ja vastaavasti vanhempien ikäryhmien kasvaneet.

Eniten hammaslääkärikäyntejä vuonna 2010 tekivät 18–55-vuotiaat ja suuhygienistien ja hammashoitajien käyntejä 0–17-vuotiaat. Kaikkiaan suun terveydenhuollon käynnit kohdistuivat eniten 0–17-vuotiaille (lähes kaksi miljoonaa käyntiä).

Asukaslukuun suhteutettuna eniten terveyskeskusten suun terveydenhuollon palveluja käytettiin Pohjois-Suomen aluehallintoviraston alueella ja vähiten Etelä-Suomen aluehallintoviraston alueella. Kaikissa ikäryhmissä eniten hammaslääkärikäyntejä oli asukaslukuun suhteutettuna Pohjois-Suomen aluehallintoviraston alueella ja vähiten Etelä-Suomen aluehallintoviraston alueella.

<sup>1</sup> Perusterveydenhuollon avohoitokäynnit terveyskeskuksissa 2010. Tilastoraportti 30/2011, 24.10.2011. Suomen virallinen tilasto. Terveys 2011. THL.

<sup>2</sup> Suun terveydenhuolto terveyskeskuksissa 2010. Tilastoraportti 31/2011, 2.11.2011. Suomen virallinen tilasto. Terveys 2011. THL.

## *Erikoissairaanhoito<sup>3</sup>*

Somaattisen erikoissairaanhoidon palveluita käytti vuonna 2010 yhteensä lähes 1,7 miljoonaa potilasta. Avohoitokäyntejä oli 6,2 miljoonaa hieman yli 1,6 miljoonalla potilaalla. Lisäystä avohoitokäynteihin edelliseen vuoteen verrattuna oli noin 250 000. Päivystyskäyntejä oli vajaat 850 000 ja ajanvarauskäyntejä 5,2 miljoonaa. Eniten avohoidon käyntejä on sisätautien erikoisaloilla.

Erikoissairaanhoidon avohoitokäyntien määrä on 2000-luvun aikana lisääntynyt lähes kaikilla erikoisaloilla vuosittain pääasiassa hoitokäytäntöjen muutoksista johtuen. Samanaikaisesti hoitojaksojen ja hoitopäivien määrät ovat vähentyneet. Sisätautien erikoisaloilla sekä syöpätaudeissa ja sädehoidossa avohoidon käyntien määrä on kasvanut eniten, yli 20 prosenttia kummassakin. Näillä aloilla on vastaavasti suurimmat laskut hoitopäivien määrissä.

Somaattisen erikoissairaanhoidon palvelujen käyttöön vaikuttaa huomattavasti alueen väestön rakenne sekä sairastavuus. Sairaanhoitopiireittäin väestösuhteutettujen hoitojaksojen, -päivien ja avohoitokäyntien määrissä on suuria eroja. Koko maan keskiarvoa hoitojaksoissa ja hoitopäivissä laskee se, että väestöltään suurimmassa Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä hoitojaksojen ja hoitopäivien määrät tuhatta asukasta kohden ovat maan alhaisimmat.

## *Psykiatrinen erikoissairaanhoito<sup>4</sup>*

Psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa laitoshoidon määrä on vähentynyt ja avohoidon määrä lisääntynyt 2000-luvun aikana. Avohoitokäynnit ovat lisääntyneet 17 prosenttia vuodesta 2006.

Vuoden 2010 aikana avohoidon palveluita käytti lähes 148 000 potilasta ja avohoitokäyntejä oli yli 1,6 miljoonaa. Kaikkiaan psykiatrian erikoisalan palveluita käytti lähes 155 000 eri potilasta. Eri sairaanhoitopiirien välillä on suuria eroja sekä avo- että laitoshoidossa.

Avohoitokäynneistä 42 prosenttia tehtiin mielialahäiriöiden vuoksi. Lasten- ja nuorisopsykiatrian erikoisaloilla avohoitokäynnit ja avohoidon potilaat ovat lisääntyneet vuodesta 2006 alkaen noin kolmanneksella.

### **2.1.3 Muut palvelut**

#### *Lääkinnällinen kuntoutus*

Lääkinnällisen kuntoutuksen yleinen järjestämisvastuu on julkisella terveydenhuollolla. Terveystieteiden tutkimuskeskus (1326/2010) mukaan kunnan on järjestettävä hoitovastuullaan olevan potilaan sairauden hoitoon liittyvä lääkinällinen kuntoutus.

Lääkinnälliseen kuntoutukseen kuuluvat kuntoutusneuvonta ja kuntoutusohjaus, potilaan toiminta- ja työkyvyn sekä kuntoutustarpeen arviointi, kuntoutustutkimus, toimintakyvyn parantamiseen ja ylläpitämiseen tähtäävät terapiat sekä muut tarvittavat kuntoutumista edistävät toimenpiteet, apuvälinepalvelut, sopeutumisvalmennus sekä edellä tarkoitetuista tarpeellisista toimenpiteistä koostuvat kuntoutusjaksot laitos- tai avohoidossa. Kunta vastaa potilaan lääkinällisen kuntoutuksen suunnittelusta siten, että kuntoutus muodostaa yhdessä tarpeenmukaisen hoidon kanssa toiminnallisen kokonaisuuden. Lääkinällisen kuntoutuksen tarve, tavoitteet ja sisältö on määriteltävä kirjallisissa yksilöllisissä kuntoutussuunnitelmissa.

Kunnalla ei ole velvollisuutta järjestää lääkinällistä kuntoutusta, jos sen järjestäminen on Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista annetun lain (566/2005) 9 §:n perusteella Kelan tehtävänä (vaikeavammaisten lääkinällinen kuntoutus). Kunnan on kuitenkin järjestettävä kuntoutussuunnitelmissa määritelty lääkinällinen kuntoutus, jos kuntoutuksen järjestämis- ja kustannusvastuu ei ole selkeästi osoitettavissa. Lääkinällisen

<sup>3</sup> Somaattinen erikoissairaanhoito 2010. Tilastoraportti 45/2011, 21.12.2011. Suomen virallinen tilasto. Terveys 2011. THL.

<sup>4</sup> Psykiatrinen erikoissairaanhoito 2010. Tilastoraportti 3/2012, 28.2.2012. Suomen virallinen tilasto. Terveys 2012. THL.

kuntoutuksen katkeamisen tai käynnistymisen viivästymisen takia kunnan tulee varmistaa, ettei asiakas joudu odottamaan aiheettomasti sen ratkeamista, minkä järjestelmän piiriin hän kuuluu. Jos järjestämis- ja kustannusvastuu kuuluu kuitenkin Kelalle, sen on suoritettava kunnalle kuntoutuksen toteuttamisesta aiheutuneet kustannukset. Sääntelyn tarkoituksena on parantaa kuntoutuksen oikea-aikaisuutta ja viivytyksetöntä käynnistymistä sekä varmistaa kuntoutuksen saumaton jatkuminen.

Julkisen terveydenhuollon laatima vaikeavammaisen lääkinnällisen kuntoutuksen suunnitelma muodostaa perustan Kelan vaikeavammaisten lääkinnälliselle kuntoutukselle. Jos Kelan vaikeavammaisten lääkinnällisen kuntoutuksen laissa säädetyt edellytykset eivät täyty, kuntoutussuunnitelman mukaisen kuntoutuksen järjestämisestä vastaa kunnallinen terveydenhuolto.

## *Psykotterapia*

Psykotterapia on lääkehoidon ohella keskeinen psykiatrien häiriöiden hoitoon käytetty menetelmä. Psykotterapiaa annetaan sekä hoitona että kuntoutuksena. Mielenterveyden häiriöiden hoidon ensisijaisena tarkoituksena on oireiden lievittäminen ja poistaminen, kun taas kuntoutuksen keskeisenä tavoitteena on työ- ja toimintakyvyn tukeminen ja parantaminen. Esimerkiksi masennusta sairastavan henkilön oireet helpottavat yleensä aikaisemmin kuin hänen toimintakykynsä kohenee.

Mielenterveyspalveluiden järjestämisen päävastuu on julkisella terveydenhuollolla. Terveydenhuoltolain (1326/2010) mukaan kunnan on järjestettävä alueensa asukkaiden terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi tarpeellinen mielenterveystyö. Laissa tarkoitettuun mielenterveystyöhön kuuluvat myös mielenterveyspalvelut, joilla tarkoitetaan mielenterveydenhäiriöiden tutkimusta, hoitoa ja lääkinnällistä kuntoutusta.

Terveys 2000 -tutkimuksen perusteella on esitetty arvio, jonka mukaan noin 10 prosenttia suomalaisista tarvitsisi psyykkisten ongelmiansa vuoksi psykoterapeuttista hoitoa tai kuntoutusta. Kuitenkin vain noin kolmanneksen heistä arvioitiin olleen yhteydessä perusterveydenhuoltoon, erikoissairaanhoidon tai yksityisen sektorin psykoterapeutteihin.

Valviran Terhikki-rekisterin mukaan Suomessa oli vuonna 2010 yhteensä 5 256 nimikesuojattua psykoterapeuttia. Vuonna 2011 nimikesuojauksen sai 369 psykoterapeuttia.

Psykoterapeutin ammattinimikkeen käyttöoikeuteen johtava koulutus on siirretty yliopistojen vastuulle 31.12.2011 alkaen (valtioneuvoston asetus terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun asetuksen muuttamisesta 1120/2010).

### **2.1.4 Asiakasmaksut**

Kuntien järjestämisvastuulle kuuluvista terveydenhuollon palveluista voidaan periä asiakasmaksuja siten kuin sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetussa laissa (734/1992) ja asetuksessa (912/1992) säädetään. Kunta voi päättää enimmäismaksuja pienempien maksujen perimisestä. Kuntien sosiaali- ja terveystoimen asiakasmaksutulot olivat vuonna 2010 yhteensä 1 543 miljoonaa euroa. Asiakasmaksuilla hoidettiin noin 7,2 prosenttia kuntien sosiaali- ja terveyspalvelujen kustannuksista.

Maksuttomista terveyspalveluista säädetään asiakasmaksulain 5 §:ssä. Maksuttomuus voi perustua myös kunnan päätökseen. Maksuttomia palveluja ovat esimerkiksi äitiys- ja lastenneuvolakäynnit, terveydenhoitajan vastaanotto, laboratorio- ja kuvantamistutkimukset sekä valtakunnalliseen rokotusohjelmaan kuuluvat rokotukset. Yksityislääkärin läheteellä tehtävistä laboratorio- ja kuvantamistutkimuksista voidaan kuitenkin periä kustannusten suuruinen maksu.

Terveyskeskuksessa lääkärin vastaanottokäyntien kertamaksu on enintään 13,80 euroa. Yhdessä terveyskeskuksessa maksu voidaan periä enintään kolme kertaa kalenterivuodessa. Vaihtoehtoisesti voidaan periä vuosimaksu, joka on enintään 27,50 euroa kalenterivuodessa.

Lisäksi terveyskeskuksen päivystyskäynnistä arkisin klo 20–08 välillä sekä lauantaisin, sunnuntaisin ja pyhäpäivinä voidaan periä päivystysmaksu, joka on enintään 18,90 euroa kerralta.

Sairaalan poliklinikkamaksu on enintään 27,50 euroa käynniltä ja päiväkirurgisen toimenpiteen maksu enintään 90,30 euroa. Lisäksi asiakasmaksuja peritään esimerkiksi sairaalan hoitopäivistä ja yö- ja päivähoidosta sekä sarjahoidosta ja kuntoutushoidosta.

Terveyskeskuksen hammashuollon perusmaksu käynniltä on suuhygienistin hoidosta enintään 7,50 euroa, hammaslääkärin hoidosta enintään 9,60 euroa ja erikoishammaslääkärin hoidosta enintään 14,00 euroa. Perusmaksun lisäksi hampaiden hoidosta ja tutkimuksesta peritään erillisiä toimenpidemaksuja, joiden suuruus määräytyy hoidon vaativuuden ja aikaa vievyyden mukaan. Maksujen perusteena käytetään Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen ylläpitämää kansallista Suun ja terveydenhuollon toimenpideluokitusta.

Hoidosta ja tutkimuksesta perittävien maksujen lisäksi asiakkaalta voidaan periä oikomislaitteiden ja proteesien hammastekniset kustannukset ja erikoismateriaalien kustannukset.

Terveyskeskuksen hammashoito on maksutonta alle 18-vuotiaille. Veteraanien hammashoito on maksutonta tarkastuksen, ehkäisevän hoidon ja proteeseihin liittyvän kliinisen työn osalta.

Kunnallisen terveydenhuollon asiakasmaksuissa on kalenterivuositainen maksukatto (636 euroa vuonna 2013). Maksukaton täyttyä henkilö saa avohoidon palvelut pääsääntöisesti maksutta. Alle 18-vuotiaiden käyttämien palvelujen maksut lasketaan yhteen hänen huoltajansa käyttämien palvelujen maksujen kanssa. Maksukaton täyttyä palvelut ovat maksuttomia kaikille niille henkilöille, joiden maksut ovat kerryttäneet maksukattoon.

Maksukatossa otetaan huomioon terveyskeskuksen avosairaanhoidon lääkäripalvelut, fysioterapia, sairaalan poliklinikkakäynnit, päiväkirurgia, lyhytaikainen laitoshoido terveyden- ja sosiaalihuollon laitoksissa, yö- ja päivähoito, sarjahoito sekä kuntoutushoito. Sen sijaan maksukattoon ei lasketa mukaan esimerkiksi hammashoidon, sairaankuljetuksen, lääkärintodistusten tai yksityislääkärin läheteellä tehtyjen laboratorio- ja kuvantamistutkimusten maksuja.

## 2.1.5 Julkisen terveydenhuollon menot ja rahoitus

Suomessa sosiaali- ja terveydenhuolto rahoitetaan pääasiassa verovaroin. Kuntien verorahoitus koostuu kuntien perimistä veroista ja valtionosuuksista. Valtio osallistuu kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen rahoitukseen valtionosuusjärjestelmän mukaisesti.

Valtionosuusjärjestelmässä sosiaali- ja terveydenhuollon laskennallisten kustannusten määräytymisperusteina ovat kunnan asukasluku, ikärakenne, työttömyysaste, palvelu- ja jalostusaloilla toimivien osuus työllisestä työvoimasta, asukkaiden sairastavuus, vammaisten henkilöiden lukumäärä, lastensuojelun tarve ja syrjäisyys.

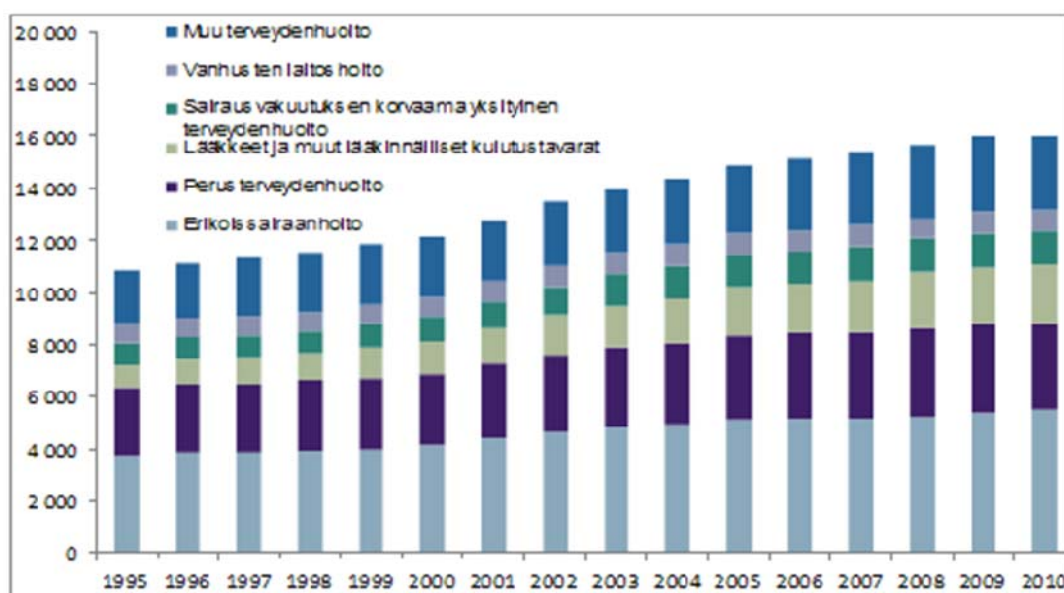
Käyttökustannuksiin osoitetut valtionosuudet kattoivat vuonna 2009 noin 35 prosenttia kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon lakisääteisistä menoista, asiakasmaksuilla katettiin menoista 7 prosenttia ja kunnat itse rahoittivat jäljelle jääneen osuuden.

### *Terveydenhuollon menot Suomessa vuonna 2010<sup>5</sup>*

Suomen terveydenhuoltomenot olivat 16,0 miljardia euroa vuonna 2010 sisältäen sekä julkisen terveydenhuollon että sairausvakuutuksen ja asiakkaiden maksuosuudet. Aukasta kohden menot olivat 2 986 euroa. Reaalisesti terveydenhuollon menot laskivat 0,1 prosenttia edellisvuodesta.

Erikoissairaanhoidon (5,5 miljardia euroa) ja perusterveydenhuollon (3,3 miljardia euroa) menot muodostivat hieman yli puolet vuoden 2010 terveydenhuoltomenoista. Erikoissairaanhoidon menot kasvoivat reaalisesti 2,0 prosenttia ja perusterveydenhuollon menot laskivat reaalisesti 2,1 prosenttia vuonna 2010.

<sup>5</sup> Terveydenhuollon menot ja rahoitus 2010. Tilastoraportti 5/2012, 21.3.2012. Suomen virallinen tilasto. Terveys 2012. THL.



Kuvio 1. Terveydenhuoltomenot vuosina 1995–2010 vuoden 2010 hinnoin, miljoonaa euroa.

### *Terveydenhuollon rahoitus Suomessa vuonna 2010<sup>6</sup>*

Vuonna 2010 terveydenhuollon menojen julkisen rahoituksen osuus oli 74,7 prosenttia (12,0 mrd. €) ja yksityisen rahoituksen osuus 25,3 prosenttia (4,0 mrd. €).

Kuntien rahoitusosuus terveydenhuoltomenoista oli vuonna 2010 suurin (35,1 prosenttia). Tämä oli 0,5 prosenttiyksikköä edellisvuotta vähemmän. Kuntien rahoitusosuus terveydenhuoltomenoista on laskenut 2000-luvun alkuvuosien jälkeen.

Valtion rahoittama osuus terveydenhuoltomenoista nousi 0,1 prosenttiyksikköä edellisvuodesta, ollen vuonna 2010 yhteensä 24,9 prosenttia ilman Kelan osuutta. Valtion rahoitusosuuden kasvu on jatkunut yhtäjaksoisesti vuodesta 2002 alkaen.

Kelan rahoitusosuus oli vuonna 2010 yhteensä 14,6 prosenttia eli 0,4 prosenttiyksikköä vähemmän kuin vuotta aiemmin.

Vuonna 2010 kotitalouksien rahoittama osuus terveydenhuollosta oli noin 3 miljardia euroa, mikä vastaa 19,3 prosenttia terveydenhuollon kokonaismenoista. Kotitalouksien rahoitusosuudesta 49,9 prosenttia oli asiakasmaksuja, 32 prosenttia lääkkeiden ja muiden lääkinnällisten laitteiden menoja sekä 18,1 prosenttia erilaisten hoitolaitteiden ja lääkinnällisten tuotteiden hankintakuluja ja matkakuluja. Työntantajien rahoitusosuus terveydenhuollon kokonaismenoista oli 2,8 prosenttia pysyen edeltävien vuosien tasolla. Avustuskassojen, yksityisen vakuutuksen ja kotitalouksia palvelevien voittoa tavoittelemattomien yhteisöjen yhteenlaskettu rahoitusosuus terveydenhuoltomenoista oli 3,2 prosenttia vuonna 2010.

Yksityisen rahoituksen osuus terveydenhuoltomenoista laski 2000-luvun alkuvuosina, mutta on kasvanut vuodesta 2006 alkaen.

<sup>6</sup> Terveydenhuollon menot ja rahoitus 2010. Tilastoraportti 5/2012, 21.3.2012. Suomen virallinen tilasto. Terveys 2012. THL.

## 2.2 SAIRAUSVAKUUTUS

### 2.2.1 Sairausvakuutuksen periaatteet

Lakisääteinen sairausvakuutus täydentää julkista terveydenhuoltoa. Sairausvakuutuslain (1224/2004) mukaan sairausvakuutuksen tarkoituksena on turvata vakuutetun oikeus korvaukseen tarpeellisista sairauden hoidon aiheuttamista kustannuksista ja lyhytaikaisen työkyvyttömyyden sekä raskauden ja lapsen hoidon aiheuttamasta ansionmenetyksestä.

Sairausvakuutus on jaettu sairaanhoitovakuutukseen ja työtulovakuutukseen. Sairaanhoitovakuutuksen etuuksia ja korvauksia ovat Kelan maksamat korvaukset lääkärin ja hammaslääkärin palkkioista sekä tutkimuksen ja hoidon kuluista, lääkekorvaukset, matkakorvaukset, kuntoutusmenot, maatalousyrittäjien tapaturmavakuutuksen perusturvaan kuuluvat sairaanhoitokorvaukset, korvaukset Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiölle sekä EU-maihin maksettavat sairaanhoitokustannusten korvaukset.

Työtulovakuutuksen etuuksia ja korvauksia ovat sairauspäivärahat, vanhempainpäivärahat ja kuntoutusrahat sekä työnantajille maksettavat korvaukset työntekijän vanhempainpäiväraha-ajan vuosilomakustannuksista ja työterveyshuollon järjestämisestä.

### 2.2.2 Sairaanhoitovakuutuksen etuudet ja korvaukset

Sairausvakuutuslain perusteella korvataan vakuutetulle osa yksityisten terveydenhuoltopalvelujen käyttämisestä aiheutuneista kustannuksista. Vakuutetulla on oikeus saada korvausta tarpeellisista sairaanhoidon kustannuksista sekä raskauden ja synnytyksen aiheuttamista tarpeellisista kustannuksista.

Vakuutetulle sairaanhoidosta aiheutuneet kustannukset korvataan siltä osin kuin hoito tarpeettomia kustannuksia välttämällä, vakuutetun terveydentilaa kuitenkin vaarantamatta, olisi tullut vakuutetulle maksamaan. Tarpeellisenä sairaanhoitona pidetään yleisesti hyväksytyn, hyvän hoitokäytännön mukaista hoitoa. Ennalta ehkäisevää hoitoa ei korvata lukuun ottamatta suun terveyttä edistäviä toimenpiteitä hammashoidossa.

Korvauksen maksamisen edellytyksenä yksityisistä lääkäri- ja hammaslääkäripalveluista on, että tutkimuksen on suorittanut tai hoidon on antanut henkilö, jolla on oikeus harjoittaa Suomessa lääkärin, erikoislääkärin, hammaslääkärin tai erikoishammaslääkärin ammattia laillistettuna ammattihenkilönä.

Lisäksi yksityislääkärin ja yksityishammaslääkärin määräämä tutkimus- ja hoitotoimenpide korvataan, jos tutkimuksen on suorittanut tai hoidon on antanut sairausvakuutuslaissa tarkoitettu muu terveydenhuollon ammattihenkilö tai kun toimenpide on tehty yksityisestä terveydenhuollosta annetussa laissa (152/1990) tarkoitettussa yksityisen terveydenhuollon toimintayksikössä.

Muulla terveydenhuollon ammattihenkilöllä tarkoitetaan sairaanhoitajaa, terveydenhoitajaa, kättilöä, fysioterapeuttia, laboratoriohoitajaa, erikoishammasteknikkoa, psykologia ja suuhygienistiä, jolle Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto Valvira on myöntänyt oikeuden harjoittaa ammattiaan laillistettuna ammattihenkilönä.

#### *Lääkäripalvelut*

Lääkärin palkkioina korvataan yksityislääkärin suorittama tutkimus mahdollisen sairauden toteamiseksi tai poissulkemiseksi ja hoidon määrittelemiseksi. Lisäksi korvataan yksityislääkärin antama hoito ja sairausvakuutuslain mukaisen etuuden hakemista varten tarvittavan lääkärintodistuksen tai lääkärinlausunnon hankkimisesta aiheutuneet kustannukset.

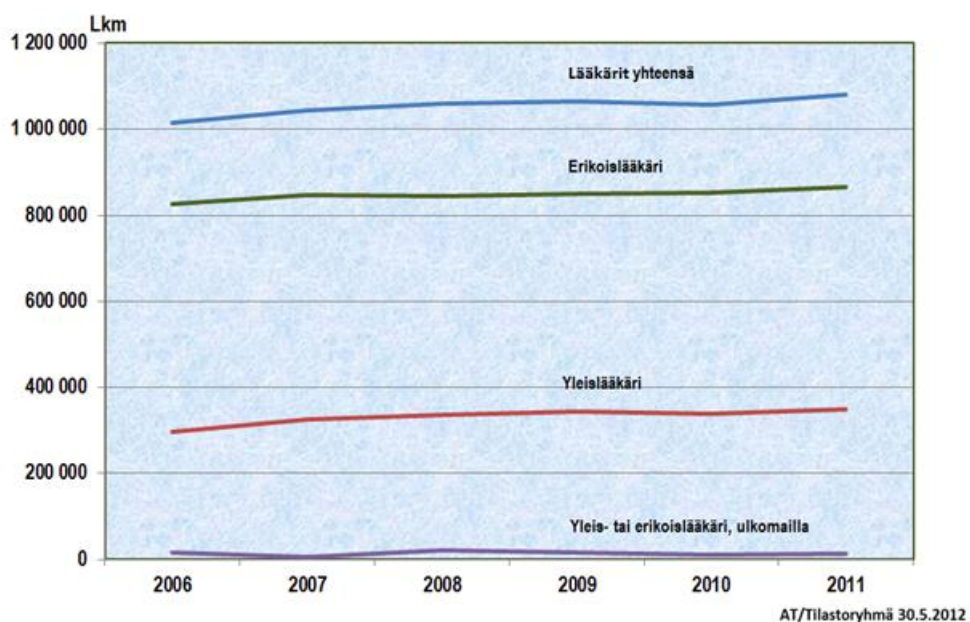
Lääkärinpalkkiot jakautuvat aikaperusteisiin vastaanottokäynteihin ja lääkärin suorittamiin toimenpiteisiin. Joitakin toimenpiteitä korvataan vain erikseen määriteltujen lääketieteellisten edellytysten täyttyessä. Psykoterapiaa korvataan sairausvakuutuslain perusteella vain lääkärin antamana.

Vuoden 2012 loppuun voimassa olleen sääntelyn mukaan palkkiosta, joka peritään lääkärin suorittamasta tutkimuksesta ja antamasta hoidosta, korvataan 60 prosenttia. Jos peritty palkkio on suurempi kuin korvauksen perusteeksi vahvistettu korvaustaksa, korvaus suoritetaan kuitenkin taksan mukaisesta määrästä. Korvaus maksetaan erikoistaksan perusteella, kun hoidon on antanut erikoislääkäri ja annettu hoito on kuulunut hänen erikoisalaansa. Tällöin taksaa korotetaan 50 prosentilla.

Vuoden 2013 alussa tuli voimaan sairausvakuutuslain muutos, jolla siirryttiin euromääräiseen korvausmenettelyyn. Jatkossa lääkärinpalkkiosta korvataan enintään Kelan vahvistaman korvaustaksan määrä. Jos peritty palkkio on pienempi kuin korvauksen perusteeksi vahvistettu taksa, korvauksena maksetaan perityn palkkion määrä.

Yksityislääkärin palveluista maksettiin vuonna 2011 korvauksia 1 623 600 saajalle yhteensä 73,8 miljoonaa euroa.

Yksityislääkärikäynneistä sairausvakuutuskorvauksia saaneet henkilöt 2006-2011



Kuvio 2. Lääkäripalvelujen korvaukset. Lähde: Kelan tilastoryhmä 30.5.2012.

## Hammaslääkäripalvelut

Sairaanhoitona korvataan hammaslääkärin suorittama suun ja hampaiden hoito, suun ja hampaiden tutkimus kerran kalenterivuodessa sekä oikomishoito silloin, kun kysymyksessä on muun sairauden kuin hammas sairauden parantamiseksi välttämätön hoito. Korvausta ei makseta hammasproteettisista toimenpiteistä eikä hammasteknisistä kustannuksista.

Vuoden 2012 loppuun voimassa olleen sääntelyn mukaan hammaslääkärin suorittaman tutkimuksen ja antaman hoidon palkkiosta korvataan 60 prosenttia. Jos peritty palkkio on suurempi kuin korvauksen perusteeksi vahvistettu korvaustaksa, korvaus suoritetaan taksan mukaisesta määrästä. Kun hoidon on antanut erikoishammaslääkäri ja annettu hoito on kuulunut hänen erikoisalaansa, korvaus maksetaan erikoistaksan perusteella, jolloin taksaa korotetaan 30 prosentilla.

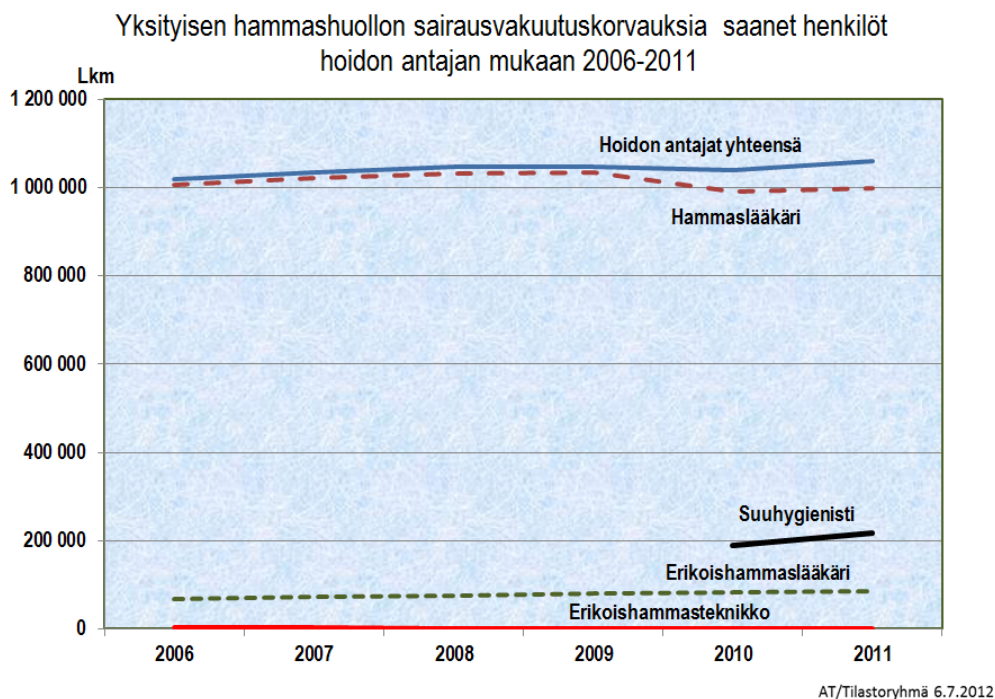
Vuoden 2013 alusta siirryttiin euromääräiseen korvausmenettelyyn, jolloin hammaslääkärinpalkkiosta korvataan enintään Kelan vahvistaman korvaustaksan määrä. Jos peritty palkkio on pienempi kuin korvauksen perusteeksi vahvistettu taksa, korvauksena maksetaan perityn palkkion määrä.



Hammaslääkärin samalla kerralla määräämän suuhygienistin tekemän tutkimuksen ja antaman hoidon kustannuksista korvataan enintään korvauksen perusteeksi vahvistetun korvaustaksan määrä. Perityn palkkion ollessa taksaa pienempi korvauksena suoritetaan perityn palkkion määrä.

Hammaslääkärin määräämä suuhygienistin tekemä tutkimus ja antama hoito korvataan saman määräyksen perusteella enintään 15 tutkimus- tai hoitokerralta, jos tutkimus on tehty tai hoito on annettu kahden vuoden kuluessa määräyksen antamisesta.

Vuonna 2011 yksityisistä hammashoitopalveluista maksettiin korvauksia 1 061 300 saajalle yhteensä 123,6 miljoonaa euroa.



Kuvio 3. Hammashuollon korvaukset. Lähde: Kelan tilastoryhmä 6.7.2012.

## *Tutkimus ja hoito*

Sairausvakuutuksesta korvataan yksityislääkärin ja yksityishammaslääkärin määräämän tutkimuksen ja hoidon kustannuksia, jos ne on määrätty sairauden hoidon vuoksi tai ne ovat olleet tarpeellisia mahdollisen sairauden toteamiseksi. Tutkimuksena ja hoitona korvataan radiologisia tutkimuksia, laboratoriotutkimuksia, sairaanhoitotoimenpiteitä, psykologin tutkimuksia, fysioterapiaa ja sytostaattihoitoja. Psykologin tutkimus korvataan, jos kysymyksessä on yksityislääkärin määräämä vakuutetun muuhun tutkimukseen tai hoitoon liittyvä tutkimus.

Yksityislääkärin määräämänä fysioterapiana korvataan terapeutin käsittely sekä yksityislääkärin määräämä muu fysikaalinen hoito edellyttäen, että hoidon on antanut fysioterapeutti tai hoito on annettu fysioterapiapalveluja tuottavassa yksityisen terveydenhuollon toimintayksikössä. Lisäksi sairausvakuutuksesta korvataan fysioterapiasta ja ihosairauden valohoidosta aiheutuneita kustannuksia, jotka vakuutettu on maksanut yksityiselle palvelujen tuottajalle, myös silloin, kun terveyskeskuslääkäri tai sairaalalääkäri on ohjannut hänet hakeutumaan hoitoon yksityiselle palvelujen tuottajalle ja on kirjoittanut tälle lähteen.

Sairausvakuutuksesta ei korvata asiakasmaksulain (734/1992) nojalla perittyjä maksuja tai kunnan tai kuntayhtymän järjestämän sairaanhoidon kustannuksia. Vakuutetulla on kuitenkin oikeus korvaukseen, vaikka yksityissektorin asiakkaan laboratorionäyte on otettu terveyskeskuksessa, jos näyte on lähetetty analysoitavaksi yksityiseen laboratorioon, joka laskuttaa asiakasta. Korvaus maksetaan myös, jos yksityinen palvelujen tuottaja perii asiakkaalta maksun julkiselta sektorilta hankkimistaan palveluista, kuten esimerkiksi laboratoriotutkimuksista.

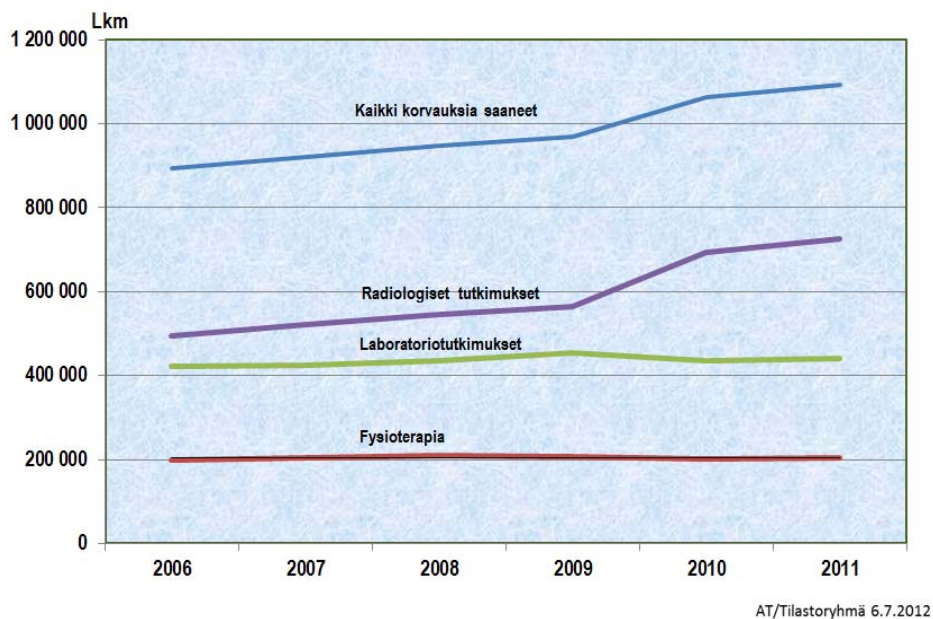
Vuoden 2012 loppuun voimassa olleen sääntelyn mukaan lääkärin tai hammaslääkärin suorittamasta laboratoriotutkimuksesta ja radiologisesta tutkimuksesta sekä lääkärin tai hammaslääkärin samalla kerralla määräämän tutkimuksen ja hoidon kustannuksista korvataan 75 prosenttia siltä osin kuin kustannusten yhteismäärä ylittää kiinteän *omavastuun* (13,46 euroa). Jos kustannukset ylittävät vahvistettujen korvaustaksojen määrän, korvaus lasketaan korvaustaksojen määristä. Samalla kertaa määrättyistä tutkimuksista ja hoidoista peritään vain yksi omavastuu. Lääkärin määräämän fysioterapian kustannuksia korvattaessa kustannuksista tai korvaustaksojen määristä vähennetään kuitenkin aina erikseen kiinteä omavastuu.

Myös tutkimuksen ja hoidon korvaamisessa siirryttiin vuoden 2013 alusta alkaen euromääräiseen korvausmenettelyyn. Samalla luovuttiin kiinteästä 13,46 euron omavastuusta. Lääkärin tai hammaslääkärin suorittamasta laboratoriotutkimuksesta ja radiologisesta tutkimuksesta sekä lääkärin tai hammaslääkärin määräämän tutkimuksen ja hoidon kustannuksista korvataan enintään Kelan vahvistaman korvaustaksan määrä. Jos peritty palkkio on pienempi kuin korvauksen perusteeksi vahvistettu taksa, korvauksena maksetaan perityn palkkion määrä.

Lääkärin tai hammaslääkärin määräämä tutkimus ja hoito korvataan saman määräyksen perusteella enintään 15 tutkimus- tai hoitokerralta, jos tutkimus on tehty tai hoito on annettu vuoden kuluessa määräyksen antamisesta. Tutkimus- ja hoitokerralla tarkoitetaan yhden päivän aikana tehtyjä tutkimus- ja hoitotoimenpiteitä.

Vuonna 2011 tutkimuksesta ja hoidosta maksettiin korvauksia 1 094 700 saajalle yhteensä 76,3 miljoonaa euroa.

Yksityisen tutkimuksen ja hoidon sairausvakuutuskorvauksia saaneet henkilöt 2006-2011



Kuvio 4. Tutkimuksen ja hoidon korvaukset. Lähde: Kelan tilastoryhmä 6.7.2012.

### Matkakorvaukset

Vakuutetulla on oikeus sairausvakuutuskorvaukseen sairauden, raskauden tai synnytyksen vuoksi tehdyn matkan aiheuttamista tarpeellisista kustannuksista. Korvausta maksetaan myös Kelan järjestämän tai korvaaman kuntoutuksen vuoksi tehdyistä matkoista. Matkakustannusten korvaamisen tavoitteena on, että vakuutetuilla on yhtäläinen oikeus saada hoitoa tai tutkimusta asuinpaikasta riippumatta.

Matkakorvausta maksetaan sekä julkiseen että yksityiseen terveydenhuoltoon tehdyistä matkoista. Yksityiseen terveydenhuoltoon sairauden vuoksi tehdyt matkat korvataan silloin, kun vakuutetun saama hoito on sairausvakuutuksesta korvattavaa. Terveyskeskukseen tai julkiseen sairaalaan tehdyt matkat korvataan riippumatta siitä, onko hoito yksityisen palvelujen tuottajan antamana korvattavaa. Julkisessa laitoshoidossa olevien potilaiden matkoja ei korvata sairausvakuutuksesta.

Matkakustannukset korvataan yleensä sellaiseen lähimpään tutkimus- ja hoitopaikkaan, jossa vakuutettu voi saada hänen terveydentilansa vaarantumatta tarpeellista tutkimusta ja hoitoa. Lähimpänä hoitopaikkana pidetään pääsääntöisesti oman kunnan terveyskeskusta tai oman sairaanhoitopiirin sairaalaa. Kuitenkin jos vakuutettu on saanut kunnan tai kuntayhtymän maksusitoumuksen tai palvelusetelin tutkimukseen tai hoitoon yksityisen tai toisen julkisen terveydenhuollon toimintayksikköön, matka korvataan hoitopaikkaan asti.

Vakuutetun matkakustannukset korvataan sen mukaan, kuinka paljon matka olisi tullut maksamaan käyttäen halvinta käytettävissä olevaa matkustustapaa. Halvimmalla matkustustavalla tarkoitetaan pääsääntöisesti julkista joukkoliikennettä. Erityisajoneuvon, kuten oman auton tai taksin, käytöstä aiheutuneet kustannukset korvataan, jos potilaan sairaus, vaikea vamma tai liikenneolosuhteet edellyttävät erityisajoneuvon käyttöä.

Saattajan matkakustannukset korvataan halvimman käytettävissä olevan matkustustavan mukaan vakuutetun kustannuksina, jos saattaja on ollut matkan aikana välttämätön. Lisäksi vakuutetun perheenjäsenelle tai muulle häneen verrattavalle henkilölle korvataan tutkimus- tai hoitopaikkaan erikseen tehdystä matkasta aiheutuneet kustannukset vakuutetun kustannuksina, jos matka on ollut tarpeellinen vakuutetun hoitoon osallistumisen vuoksi.

Vakuutetulle korvataan myös terveydenhuoltolain (1326/2010) 39 ja 40 §:ssä tarkoitetusta ensihoitopalvelusta aiheutuneet kustannukset ambulanssilla kuljettamisesta. Jos kohteessa annetun ensihoidon ansiosta vakuutetun tila on korjaantunut niin, että kuljetusta terveydenhuollon yksikköön ei tarvita, ambulanssin kohteessa käynnistä aiheutuneet kustannukset korvataan vakuutetulle aiheutuneena kustannuksena. Ennen kuljetusta tai kuljetuksen aikana annettua ensihoitoa ei korvata sairausvakuutuksesta.

Matkakustannukset korvataan kokonaan siltä osin kuin ne yhdensuuntaiselta matkalta ylittävät matkakohtaisen omavastuuosuuden. Vuoden 2012 loppuun asti omavastuuosuus oli 9,25 euroa ja vuoden 2013 alusta alkaen se on 14,25 euroa. Korvaus maksetaan kuitenkin enintään matkakustannuksen korvauksen perusteeksi vahvistetun korvaustaksan määrästä.

Jos vakuutetun maksettavaksi jäävien saman kalenterivuoden aikana syntyneiden korvattavien matkojen kustannusten yhteismäärä ylittää vuotuisen omavastuuosuuden, ylittävä osa korvataan kokonaan, kuitenkin enintään vahvistetun korvaustaksan määrään saakka. Vuotuinen omavastuuosuus eli ns. matkakatto täyttyy 17 yhdensuuntaisen matkan kustannuksista. Myös matkakohtaisen omavastuun alittavat matkakustannukset kerryttävät vuotuista omavastuuta. Vuoden 2012 loppuun asti vuotuinen omavastuuosuus oli 157,25 euroa ja vuoden 2013 alusta alkaen se on 242,25 euroa.

Ulkomaille tai ulkomailla tehdyn matkan aiheuttamia kustannuksia ei pääsääntöisesti korvata sairausvakuutuslain perusteella. Poikkeuksena ovat rajaseutualueilla tehdyt matkat. Lisäksi Kela korvaa sosiaaliturvajärjestelmien yhteensovittamisesta annetun asetuksen EY N:o 883/2004 mukaisissa ennakkoluvallisissa hoitoon hakeutumistilanteissa ulkomaille tai ulkomailla tehtyjä matkoja, jotka liittyvät erottamattomasti hoitoon. Kela korvaa myös pohjoismaisen sosiaaliturvasopimuksen mukaisia niin sanottuja paluumatkan lisäkustannuksia.

Sairausvakuutuksesta maksetaan vakuutetulle yöpymisrahaa, jos hän on tutkimuksen, hoidon tai raskauden vuoksi tai liikenneolosuhteista johtuvista syistä joutunut yöpymään sairausvakuutuksesta korvattavalla matkalla ja hänelle on aiheutunut yöpymisestä kustannuksia. Yöpymisrahaa voidaan maksaa, jos potilas joutuu yöpymään hoito- tai kuntoutuspaikkakunnalla ehtiäkseen tutkimukseen, hoitoon tai kuntoutukseen puuttuvien julkisten liikenneyhteyksien vuoksi, välttääkseen tutkimus- ja hoitoaikojen aiheuttamat edestakaiset päivittäiset matkat kodin ja

hoitopaikkakunnan välillä tai synnytykseen liittyvien riskien pienentämiseksi. Myös saattajan tai perheenjäsenen yöpyminen voidaan korvata. Yöpymisraha maksetaan aiheutuneiden kustannusten perusteella, kuitenkin enintään 20,18 euroa henkilöltä vuorokaudessa.

Vuonna 2011 matkakorvauksia maksettiin 694 300 saajalle yhteensä 275,6 miljoonaa euroa.

## **Lääkekorvaukset**

Lääkekorvausjärjestelmän tehtävänä on turvata Suomessa sairausvakuutetuille henkilöille sairauden hoidossa tarpeelliset avohoidon lääkkeet kohtuullisin kustannuksin. Sairausvakuutuslain nojalla vakuutettu voi saada korvausta lääkärin ja hammaslääkärin sekä rajattuun tai määräämääräiseen lääkkeenmääräämiseen oikeutetun sairaanhoitajan sairauden hoitoon määräämän lääkkeen kustannuksista. Korvausta voi saada reseptilääkkeestä, joka on tarkoitettu joko sisäisesti tai ulkoisesti käytettynä parantamaan tai helpottamaan sairautta tai sen oireita.

Lääkevalmisteen korvattavuuden edellytyksenä on, että valmisteelle on hyväksytty lääkkeiden hintalautakunnassa korvattavuus ja korvauksen perusteena oleva kohtuullinen tukkuhinta myyntiluvan haltijan hakemuksesta. Kohtuullinen tukkuhinta ja korvattavuus vahvistetaan aina erikseen kullekin pakkauskoolle, vahvuudelle ja lääkemudolle. Korvattavuus voidaan vahvistaa enintään myyntilupaviranomaisen lääkevalmisteelle vahvistaman valmisteyhteenvedon ja siinä hyväksyttyjen käyttöaiheiden mukaisessa laajuudessa.

Edellä sanottu koskee myös kliinisiä ravintovalmisteita sekä perusvoiteita. Korvattavia lääkkeitä ovat myös lääkemääräyksellä määrätty lääketieteellisin perustein välttämättömät itsehoitolääkkeet, joiden korvattavuus on voimassa. Lisäksi vakuutetulla on oikeus korvaukseen sellaisesta edullisesta valmisteesta, johon hänelle määrätty lääkevalmiste on apteekissa vaihdettu.

Yli 75-vuotiaalla vakuutetulla on oikeus korvaukseen lääkkeiden annosjakelun kustannuksista, jos hänellä on annosjakelun alkaessa vähintään kuusi annosjakeluun soveltuvaa korvattavaa lääkettä. Lisäksi edellytetään, että vakuutetun lääkitys on tarkistettu tarpeettomien, keskenään yhteensopimattomien ja päällekkäisten lääkitysten poistamiseksi ja annosjakeluun siirtyminen on pitkäaikaisessa lääkeshoidossa lääketieteelliseltä kannalta perusteltua.

Lääkkeestä maksetaan korvauksena kiinteä prosenttiosuus lääkkeen hinnasta tai viitehinnasta. Lääkkeet voivat olla perus- ja/tai erityiskorvattavia. Peruskorvauksen määrä on 31.1.2013 asti 42 prosenttia ja 1.2.2013 alkaen 35 prosenttia peruskorvattavaksi hyväksyttyjen lääkkeiden, kliinisten ravintovalmisteiden sekä perusvoiteiden kustannuksista. Alempi erityiskorvaus on 31.1.2013 asti 72 prosenttia ja 1.2.2013 alkaen 65 prosenttia alemman erityiskorvausluokan lääkkeiden sekä kliinisten ravintovalmisteiden kustannuksista. Ylempi erityiskorvaus on 100 prosenttia lääkekohtaisen 3 euron omavastuusuuden ylittävältä osalta ylempään erityiskorvausluokan lääkkeiden kustannuksista.

Alemman erityiskorvausluokan lääkkeitä edellytetään, että kysymyksessä on vaikean ja pitkäaikaisen sairauden hoidossa tarvittava välttämätön lääke. Ylempään erityiskorvausluokan lääkkeitä edellytetään, että kysymyksessä on vaikean ja pitkäaikaisen sairauden hoidossa tarvittava, vaikutustavaltaan korvaava tai korjaava välttämätön lääke.

Erytyiskorvaukseen oikeuttavista sairauksista ja kliinisen ravintovalmisteen korvaukseen oikeuttavista sairauksista säädetään valtioneuvoston asetuksilla. Kela päättää tarvittavista selvityksistä ja niistä lääketieteellisistä edellytyksistä, joiden tulee täytyä, jotta lääkkeiden erityiskorvaaminen ja kliinisten ravintovalmisteiden korvaaminen on vakuutetulle lääketieteellisesti perusteltua. Saadakseen lääkkeen erityiskorvattuna vakuutetun on osoitettava sairaus ja lääkeshoidon tarve lääkärinlausunnolla. Erytyiskorvausoikeuden vakuutetulle myöntää Kela.

Korvaus maksetaan samalla kertaa ostetusta enintään kolmen kuukauden hoitoaikaa vastaavasta lääkemäärästä, ellei erityisestä syystä muuta johdu. Lääkekohtainen omavastuusuus peritään samalla kertaa ostetusta enintään kolmen kuukauden hoitoaikaa vastaavasta valmistemäärästä.

Annosjakelusta perittävästä palkkiosta korvataan 31.1.2013 asti 42 prosenttia. Jos yhden viikon hoitoaikaa vastaavien lääkkeiden jakelusta perittävä palkkio on suurempi kuin 3 euroa, korvaus suoritetaan 3 euron suuruisen palkkion määrästä. 1.2.2013 alkaen korvausprosentti on 35 prosenttia ja korvauksen perusteeksi hyväksyttävä palkkio enintään 3,60 euroa.

Vuotuisen omavastuusuuden eli ns. lääkekaton ylityttyä vakuutettu maksaa ainoastaan 1,50 euron lääkekohtaisen omavastuusuuden lisäkorvattavista lääkkeistään. Vuotuista omavastuusuutta muutetaan samanaikaisesti ja samassa suhteessa kuin kansaneläkkeitä muutetaan kansaneläkeindeksistä annetun lain (456/2001) mukaisesti. Vuonna 2012 vuotuinen omavastuusuus oli 700,92 euroa, ja vuoden 2013 alusta vuotuinen omavastuusuus laski 670 euroon. Annosjakelusta vakuutetun maksettavaksi jäävä omavastuusuus ei kerrytä vuotuista omavastuusuutta eikä siitä makseta lisäkorvausta.

Lääkkeen, kliinisen ravintovalmisteen sekä perusvoiteen hankkimisesta vakuutetulle aiheutuneiden kustannusten korvauksen perusteena on enintään valmistelle vahvistettu kohtuullinen tukkuhinta, johon on lisätty enintään lääketaksan mukainen apteekin myyntikate ja arvonlisävero sekä arvonlisäverollinen toimitusmaksu. Kohtuullisella tukkuhinnalla tarkoitetaan enimmäishintaa, jolla valmistetta saadaan myydä apteekkeille.

Jos lääkevalmiste sisältyy viitehintaryhmään, korvauksen perusteena on enintään viitehintaryhmälle vahvistettu viitehintaa, johon on lisätty apteekin arvonlisäverollinen toimitusmaksu. Vakuutettu maksaa viitehinnan ylittävän osan kokonaan itse, jos ostetun lääkkeen hinta on viitehintaa kalliimpi ja hän on kieltänyt lääkkeen vaihdon halvempaan vastaavaan valmisteeseen. Viitehinnan ylittävä osuus ei kerrytä vuotuista omavastuusuutta. Jos vakuutettua hoitava lääkäri on kieltänyt lääkkeen vaihdon lääketieteellisin tai hoidollisin perustein, vakuutettu saa korvauksen ostetun lääkkeen hinnasta, vaikka se olisi viitehintaa korkeampi.

## *Kuntoutus*

Kela järjestää ja korvaa kuntoutusta Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista annetun lain (566/2005) perusteella.

Vaikeavammaisten lääkinnällisen kuntoutuksen myöntämisedellytyksistä säädetään lain 9 §:ssä. Vaikeavammaisella alle 65-vuotiaalla vakuutetulla, joka ei ole julkisessa laitoshoidossa, on oikeus saada työ- tai toimintakyvyn turvaamiseksi tai parantamiseksi tarpeellista lääkinnällistä kuntoutusta. Vakuutettua pidetään vaikeavammaisena, jos hänellä on sairaudesta, viasta tai vammasta aiheutuva yleinen lääketieteellinen ja toiminnallinen haitta, josta aiheutuu vähintään vuoden kestävä kuntoutustarve. Lisäksi edellytetään, että haitta on niin suuri, että hänellä on sen vuoksi huomattavia vaikeuksia tai rasituksia selviytyä jokapäiväisistä toimistaan kotona, koulussa, työelämässä ja muissa elämäntilanteissa julkisen laitoshoidon ulkopuolella.

Lääkinnällisen kuntoutuksen myöntäminen edellyttää lisäksi, että vaikeavammainen henkilö saa vammaisuuksista annetun lain (570/2007) perusteella korotettua tai ylintä alle 16-vuotiaan vammaistukea, korotettua tai ylintä 16 vuotta täyttäneen vammaistukea, korotettua tai ylintä eläkettä saavan hoitotukea tai ylintä 16 vuotta täyttäneen vammaistukea työkyvyttömyyseläkkeen lepäämisajalta.

Kelan tehtävänä ei ole järjestää lääkinnällistä kuntoutusta, joka liittyy välittömästi sairaanhoitoon, eikä lääkinnällistä kuntoutusta vaikeavammaiselle, joka on hoidettavana tai kuntoutettavana julkisessa laitoshoidossa tai sitä vastaavassa hoidossa.

Vaikeavammaisten lääkinnällinen kuntoutus perustuu kuntoutujan hoidosta vastaavassa julkisen terveydenhuollon yksikössä laadittuun kirjalliseen kuntoutussuunnitelmaan. Kuntoutuksena järjestetään muun muassa fysio-, puhe- ja toimintaterapiaa, yksilöllisiä kuntoutusjaksoja, sairausryhmäkohtaisia kursseja, psykoterapiaa ja neuropsykologista kuntoutusta.

Vuonna 2011 vaikeavammaisten lääkinnällisellä kuntoutuksella oli noin 21 500 saajaa. Avoterapiapalveluita sai 20 905 henkilöä. Yksilöllisille kuntoutusjaksoille osallistui 4 810 ja sairausryhmäkohtaisille kursseille 1 572 henkilöä.

Kela järjestää lain (566/2005) 6 §:n perusteella työkyvyttömyyden estämiseksi tai työ- ja ansiokyvyn parantamiseksi tarkoituksenmukaista ammatillista kuntoutusta. Kuntoutuksen pääasiallisena kohderyhmänä ovat nuoret ja työelämään kiinnittymättömät aikuiset. Kuntoutuksen myöntämisen edellytyksenä on, että asianmukaisesti todettu sairaus, vika tai vamma todennäköisesti aiheuttaa sellaisen uhan, että vakuutettu tulee työkyvyttömäksi, tai että vakuutetun työkyvyn ja ansiomahdollisuuksien on katsottava sairauden, vian tai vamman vuoksi olennaisesti heikentyneen.

Kela ei järjestä ammatillista kuntoutusta, jos se on järjestetty julkisesta työvoimapalvelusta annetun lain (1295/2002), työeläkelakien tai erityisopetusta koskevien säännösten perusteella.

Ammatilliseen kuntoutuksen toimenpiteitä ovat kuntoutustutkimukset, kuntoutustarveselvitykset, työkykyä ylläpitävä kuntoutus (TYK), ammatilliset kuntoutuskurssit, työ- ja koulutuskokeilut, työhönvalmennus ja ammatillinen koulutus. Vuonna 2011 Kelan ammatillisen kuntoutuksen saajia oli noin 13 400.

Kelan järjestämästä ja korvaamasta harkinnanvaraisesta kuntoutuksesta säädetään lain (566/2005) 12 §:ssä. Harkinnanvaraisesta kuntoutuksesta tehdään vuosittain kolmea seuraavaa kalenterivuotta koskeva suunnitelma, jossa määritellään rahamäärän kohdentaminen ja kehittämistoiminnan painoalueet. Eduskunta päättää suunnitelman perusteella vuosittain harkinnanvaraiseen kuntoutukseen käytettävästä rahamäärästä.

Harkinnanvaraisena kuntoutuksena järjestetään muun muassa kuntoutustarveselvityksiä, kuntoutuskursseja, ammatillisesti syvennettyä lääketieteellistä kuntoutusta (ASLAK), työkykyä ylläpitävää kuntoutusta (TYK), sopeutumisvalmennuskursseja, yksilöllisiä kuntoutusjaksoja ja neuropsykologista kuntoutusta. Harkinnanvaraisen kuntoutuksen saajia oli vuonna 2011 noin 48 100.

## *Kuntoutuspsykoterapia*

Aiemmin Kelan harkinnanvaraisena kuntoutuksena korvaama kuntoutuspsykoterapia siirtyi Kelan lakisääteisen järjestämisvelvollisuuden piiriin vuoden 2011 alusta lukien. Kuntoutuspsykoterapiaa korvataan kaikille sitä tarvitseville kuntoutuspsykoterapian kohderyhmään kuuluville vakuutetuille lain (566/2005) 11 a §:n perusteella.

Kela korvaa 16–67-vuotiaan vakuutetun työ- tai opiskelukyvyn tukemiseksi tai parantamiseksi tarkoituksenmukaista kuntoutuspsykoterapiaa, jos asianmukaisesti todettu ja diagnosoitu mielenterveyden häiriö uhkaa vakuutetun työ- tai opiskelukykyä. Korvaaminen edellyttää, että vakuutettu on mielenterveyden häiriön toteamisen jälkeen ollut vähintään kolme kuukautta asianmukaisessa hoidossa.

Hoidolla tarkoitetaan julkisessa tai yksityisessä terveydenhuollon yksikössä annettua hyvän hoitokäytännön mukaista hoitoa, johon sisältyy tarpeellinen lääketieteellinen, psykiatrinen ja psykoterapeuttinen tutkimus ja hoito. Hoidon tulee siten olla laajempaa kuin ainoastaan diagnoosia tai lausuntoa varten tehty lääkärikäynnit. Kuntoutuspsykoterapian tulee perustua kuntoutujan hoidosta vastaavassa terveydenhuollon yksikössä tehtyyn yksilölliseen kuntoutuksen tarpeen ja soveltuvuuden arvioon sekä kirjalliseen kuntoutussuunnitelmaan, joka sisältää psykiatrian erikoislääkärin lausunnon.

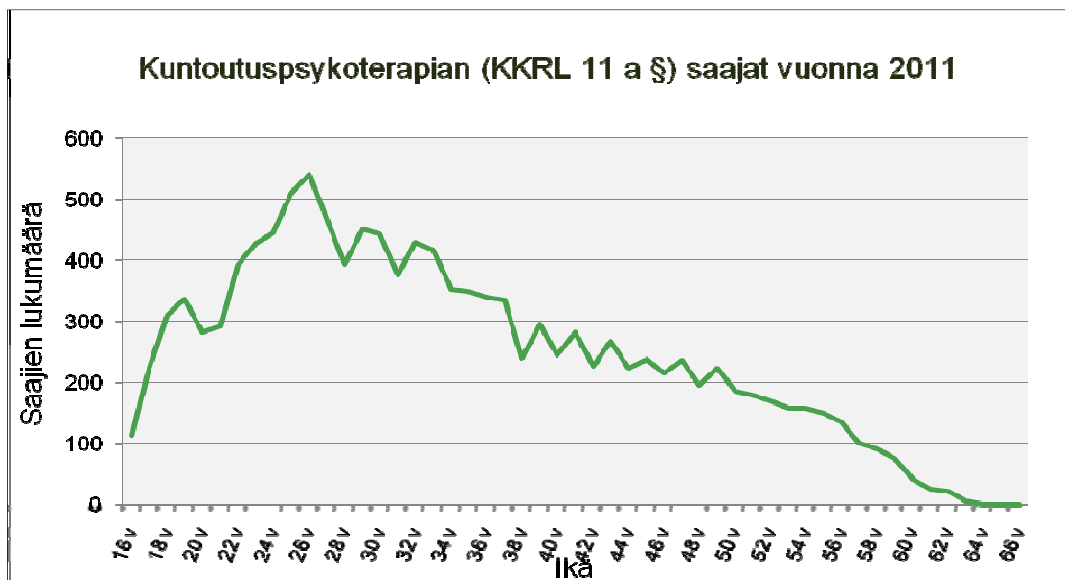
Kuntoutuspsykoterapiaa ei korvata, jos käytettävissä olevat muut hoito- tai kuntoutusmuodot ovat riittäviä vakuutetun työ- ja opiskelukyvyn parantamiseksi tai palauttamiseksi.

Kuntoutuspsykoterapiaa korvataan enintään kolmen vuoden ajan. Vuodessa korvataan enintään 80 käyntikertaa ja kolmessa vuodessa enintään 200 käyntikertaa. Erityisistä syistä voidaan kuitenkin korvata uusi enintään kolme vuotta kestävä jakso aikaisintaan viiden vuoden kuluttua edellisen jakson päättymisestä. Lisäksi Kela voi korvata 16–25-vuotiaan vakuutetun omaisen ohjauskäyntejä, jos ne ovat tarpeellisia tuloksellisen kuntoutuspsykoterapian toteuttamiseksi.

Kuntoutuspsykoterapiasta aiheutuneista kustannuksista korvataan kuntoutujalle enintään valtioneuvoston asetuksessa (1258/2010) vahvistetun korvaustason mukainen määrä.

Yksilöterapian, ryhmäterapian sekä perhe- tai paripsykoterapian korvaustasot on vahvistettu erikseen aikuisille (26–67-vuotiaat) ja nuorille (16–25-vuotiaat).

Vuonna 2011 Kelan kuntoutuspsykoterapian ja harkinnanvaraisena kuntoutuksena myönnetyn psykoterapian saajia oli yhteensä 18 245. Heistä aikuisten psykoterapian saajia oli 12 749 ja nuorten psykoterapian saajia 5 496.



Kuvio 5. Kuntoutuspsykoterapian saajat vuonna 2011. Lähde: Kela.

### 2.2.3 Työtulovakuutuksen etuudet ja korvaukset

Työtulovakuutuksen päivärahaetuuksien määrät määräytyvät työtulojen tai edeltävän etuuden perusteella tai ne maksetaan vähimmäismääräisinä. Työtuloihin perustuvien päivärahojen tulorajat tarkistetaan palkkakertoimella. Vähimmäismääräiset päivärahat on sidottu kansaneläkeindeksiin. Vähimmäismääräinen päiväraha on 23,77 euroa arkipäivältä vuonna 2013.

Päivärahaetuus maksetaan työnantajalle siltä osin kuin vakuutetulla on työsuhteen perusteella oikeus palkkaan sairauspoissaolon, äitiys-, isyys- tai vanhempainvapaan tai osittaisen vanhempainvapaan ajalta. Tällöin päivärahaetuutta ei makseta vakuutetulle samalta ajalta palkkaa vastaavalta osalta.

#### *Sairauspäivärahat*

Sairausvakuutuslain (1224/2004) perusteella maksetaan sairauspäivärahaa 16–67-vuotiaille vakuutetuille työkyvyttömyyden aiheuttaman ansionmenetyksen korvaamiseksi. Vakuutetulla on oikeus sairauspäivärahaan ajalta, jona hän on estynyt tekemästä työtään sairaudesta johtuvan työkyvyttömyyden vuoksi. Lain mukaan työkyvyttömyydellä tarkoitetaan sellaista sairaudesta johtuvaa tilaa, jonka kestäessä vakuutettu on sairauden edelleen jatkuessa kykenemätön tekemään tavallista työtään tai siihen läheisesti verrattavaa työtä.

Sairauspäivärahaa maksetaan pääsääntöisesti työkyvyttömyyden alkamispäivän ja yhdeksän sitä lähinnä seuraavan arkipäivän omavastuuajan jälkeen. Jos työkyvyttömyys alkaa saman sairauden perusteella uudelleen 30 päivän kuluessa siitä päivästä, jolta viimeksi maksettiin sairauspäivärahaa, sairauspäiväraha maksetaan työkyvyttömyyden alkamispäivää seuraavasta arkipäivästä. Jos vakuutettu ei täytä työedellytystä kolmen työkyvyttömyyttä edeltäneen kuukauden ajalta, hänellä on oikeus saada vähimmäismääräistä sairauspäivärahaa, kun hänen työkyvyttömyytensä on kestänyt yhtäjaksoisesti vähintään 55 päivää.

Pääsääntöisesti sairauspäivärahan enimmäisaika on 300 arkipäivää. Enimmäisajan täytyttyä oikeus sairauspäivärahaan saman sairauden perusteella syntyy vasta, kun vakuutettu on ollut

yhtäjaksoisesti työkykyinen 12 kuukauden ajan. Lisäksi vakuutetulla on oikeus sairauspäivärahaan saman sairauden perusteella enimmäisajan päättymisen jälkeen, jos hän palaa ansiotyöhön ja sairaus uusiutuu työssäolon jatkuttua yhtäjaksoisesti vähintään 30 päivää. Sairauspäivärahaa maksetaan tällöin enintään 50 arkipäivältä (lisäpäivät). Vakuutetulla on myös oikeus sairauspäivärahaan enimmäisajan täyttymisestä huolimatta, jos hän tulee työkyvyttömäksi uuden sairauden takia.

Osasairauspäiväraha on tarkoitettu tukemaan työkyvyttömän työntekijän tai yrittäjän pysymistä työelämässä ja palaamista kokoaikaiseen työhön. Sen myöntäminen edellyttää, että vakuutettu pystyy terveyttään ja toipumistaan vaarantamatta hoitamaan osan työtehtävistään. Lisäksi edellytetään, että työntekijän työaika on ollut kokoaikatyön mukainen ja että hän on sopinut työnantajan kanssa työnsä tekemisestä osa-aikaisesti siten, että työaika vähentyy vähintään 40 prosenttia ja enintään 60 prosenttia aiemmasta osasairauspäivärahakauden ajaksi. Yrittäjän oikeus osasairauspäivärahaan edellyttää, että omassa yrityksessä tehty työ vähenee vähintään 40 prosenttia ja enintään 60 prosenttia aiemmasta osasairauspäivärahakauden ajaksi. Osasairauspäivärahan enimmäisaika on 72 arkipäivää.

### ***Vanhempainpäivärahat***

Vanhempainpäivärahoja ovat äitiysraha, isyysraha, vanhempainraha ja erityisäitiysraha. Äitiysrahaa maksetaan 105 arkipäivältä äitiysvapaan ajalta. Vanhempainvapaa alkaa äitiysvapaan jälkeen, ja sen ajalta maksetaan vanhempainrahaa 158 arkipäivältä. Vanhemmat voivat pitää samanaikaisesti osittaista vanhempainvapaata, jolloin molemmat vanhemmat tekevät osa-aikatyötä ja saavat osittaista vanhempainrahaa.

Vuoden 2013 alusta lukien isyysrahaa maksetaan isyysvapaan ajalta enintään 54 arkipäivältä, joista enintään 18 arkipäivää voidaan pitää äidin äitiys- tai vanhempainrahakauden aikana. Koko isyysvapaa on pidettävä ennen kuin lapsi täyttää kaksi vuotta. 54 arkipäivän isyysvapaa ja sen ajalta maksettava isyysraha korvaavat aiemman isyysvapaan ja isäkuukauden, joiden yhteispituus oli myös enintään 54 arkipäivää. Muutos tarkoittaa kahden viikon pidennystä vanhempainvapaaseen, sillä isän täysimittainen vapaa ei enää edellytä 12 vanhempainrahapäivän säästämistä isälle.

Erityisäitiysrahaa voidaan maksaa, jos vakuutettu joutuu olemaan raskauden aikana poissa työstä ennen äitiysrahakautta sen vuoksi, että hän joutuu työssään alttiiksi kemialliselle aineelle, säteilylle tai tarttuvalle taudille eikä hänelle voida järjestää muita työtehtäviä raskauden ajaksi.

### ***Erityishoitoraha***

Erityishoitoraha on tarkoitettu korvaamaan lyhytaikaista tai tilapäistä ansionmenetystä, joka aiheutuu vanhemman osallistumisesta lapsensa sairaudesta tai vammasta johtuvaan hoitoon tai kuntoutukseen. Erityishoitorahaa myönnetään vakuutetulle, joka on alle 16-vuotiaan lapsensa sairaanhoitoon liittyvään, nopeasti kehittyvään tai vaativaan hoidolliseen vaiheeseen osallistumisen tai lapsensa kuntoutuksen vuoksi estynyt tekemästä työtään ja jolla ei ole tältä ajalta työtuloja. Erityishoitorahaa voidaan maksaa sairauden tai vamman vaikeutta, vanhemman osallistumisen tarpeellisuutta sekä lapsen hoitoa tai kuntoutusta koskevien edellytysten täytyessä.

### ***Kuntoutusrahat***

Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista annetun lain (566/2005) perusteella maksetaan kuntoutusrahaa 16–67-vuotiaalle kuntoutujalle ajalta, jona hän on kuntoutuksen vuoksi estynyt tekemästä työtä. Kuntoutuksen tarkoituksena tulee olla kuntoutujan työelämään tulo, työelämässä pysyminen tai työelämään palaaminen. Kuntoutusrahaa maksetaan arkipäiviltä kuntoutukseen osallistumisen ajalta omavastuun ajan jälkeen. Kuntoutusrahan



myöntäminen edellyttää kuntoutuspäätöstä. Muita kuntoutuksen aikaisia etuuksia ovat ylläpitokorvaus ja harkinnanvarainen kuntoutusavustus.

Nuoren kuntoutusrahaa voidaan maksaa ammatillisen kuntoutumisen varmistamiseksi ja työllistymisen edistämiseksi 16–19-vuotiaalle vakuutetulle, jonka työkyky ja ansiomahdollisuudet tai mahdollisuudet valita ammatti ja työ ovat sairauden, vian tai vamman vuoksi olennaisesti heikentyneet ja joka tehostetun työkyvynarvioinnin perusteella tarvitsee tehostettua kuntoutusta. Nuoren kuntoutusrahan myöntäminen edellyttää henkilökohtaista opiskelu- ja kuntoutumissuunnitelmaa.

## *Työterveyshuolto*

Työterveyshuollon tarkoituksena on työnantajan, työntekijän ja työterveyshuollon yhteistoimin edistää työntekijöiden terveyttä ja työ- ja toimintakykyä työuran eri vaiheissa, työhön liittyvien sairauksien ja tapaturmien ehkäisyä, työn ja työympäristön terveellisyyttä ja turvallisuutta sekä työyhteisön toimintaa.

Työnantajilla on työterveyshuoltolain (1383/2001) perusteella velvollisuus järjestää työntekijöilleen ehkäisevä työterveyshuolto. Työnantaja voi halutessaan järjestää työntekijöilleen myös yleislääkäritasoisista sairaanhoitoa ja muita terveydenhuollon palveluja. Työnantaja voi järjestää työterveyshuollon palvelut itse tai yhdessä toisten työnantajien kanssa tai hankkia palvelut terveyskeskuksesta tai yksityiseltä palvelujen tuottajalta. Työterveyshuolto on työntekijöille maksutonta. Myös yrittäjät ja maatalousyrittäjät voivat järjestää itselleen ehkäisevän työterveyshuollon sekä yleislääkäritasoisien sairaanhoidon palvelut osana työterveyshuoltoa.

Kela korvaa työnantajille ehkäisevän työterveyshuollon ja yleislääkäritasoisien sairaanhoidon ja muun terveydenhuollon tarpeellisia ja kohtuullisia kustannuksia sairausvakuutuslain perusteella. Lisäksi Kela korvaa työterveyshuollon kustannuksia yrittäjille ja maatalousyrittäjille, joilla on YEL- tai MYEL-vakuutus. Työterveyshuollon korvausta ei kuitenkaan suoriteta hammashuollosta.

Lakisääteisen työterveyshuollon piiriin kuului vuonna 2009 noin 92 prosenttia palkansaajista. Osuudessa ei ole tapahtunut muutoksia vuosina 1997–2009. Lisäksi 93 prosentilla työterveyshuollon piiriin kuuluvista palkansaajista oli mahdollisuus saada sairaanhoitopalveluja osana työterveyshuoltoa. Maatalousyrittäjistä 56 prosenttia ja muista yrittäjistä 35 prosenttia oli järjestänyt itselleen työterveyshuollon.<sup>7</sup>

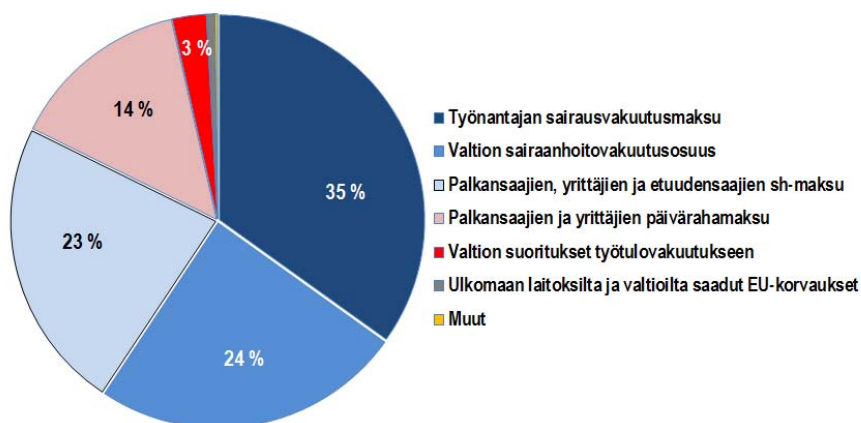
### 2.2.4 Sairausvakuutuksen rahoitus

Sairausvakuutuksen sairaanhoitovakuutuksen rahoittavat vakuutetut (palkansaajat, yrittäjät ja etuudensaajat) ja valtio pääsääntöisesti yhtä suurilla rahoitusosuuksilla. Valtio rahoittaa kokonaan Suomessa vakuutetun henkilön ulkomailla saaman hoidon johdosta EU-maihin maksettavat sairaanhoitokorvaukset sekä ulkomailla asuvien henkilöiden sairaanhoidosta kunnille aiheutuneet kustannukset. Vakuutetuilta peritään sairausvakuutuksen sairaanhoitomaksua kunnallisverotuksessa verotettavan ansiotulon perusteella. Vakuutettujen rahoitusosuus on jaettu palkansaajien ja yrittäjien sekä etuudensaajien kesken. Vakuutettujen sairaanhoitomaksu on vuonna 2013 kunnallisverotuksessa verotettavasta ansiotulosta 1,30 prosenttia ja verotettavista eläke- ja etuustuloista 1,47 prosenttia.

Sairausvakuutuksen työtulovakuutuksen rahoittamiseksi työnantajilta peritään sairausvakuutusmaksua, joka on 2,04 prosenttia maksetuista palkoista vuonna 2013. Palkansaajilta ja yrittäjiltä peritään päivärahamaksua. Vuonna 2013 palkansaajien ja MYEL-yrittäjien päivärahamaksu on 0,74 prosenttia ja YEL-yrittäjien päivärahamaksu on 0,88 prosenttia. Valtio osallistuu työtulovakuutukseen vähimmäismäärien päivärahojen ja yrittäjien työterveyshuollon osalta.

<sup>7</sup> Kauppinen T, Hanhela R, Kandolin I, Karjalainen A, Kasvio A, Perkiö-Mäkelä M, Priha E, Toikkanen J, Viluksela M (toim.). Työ ja terveys Suomessa 2009. Työterveyslaitos. Helsinki 2010.

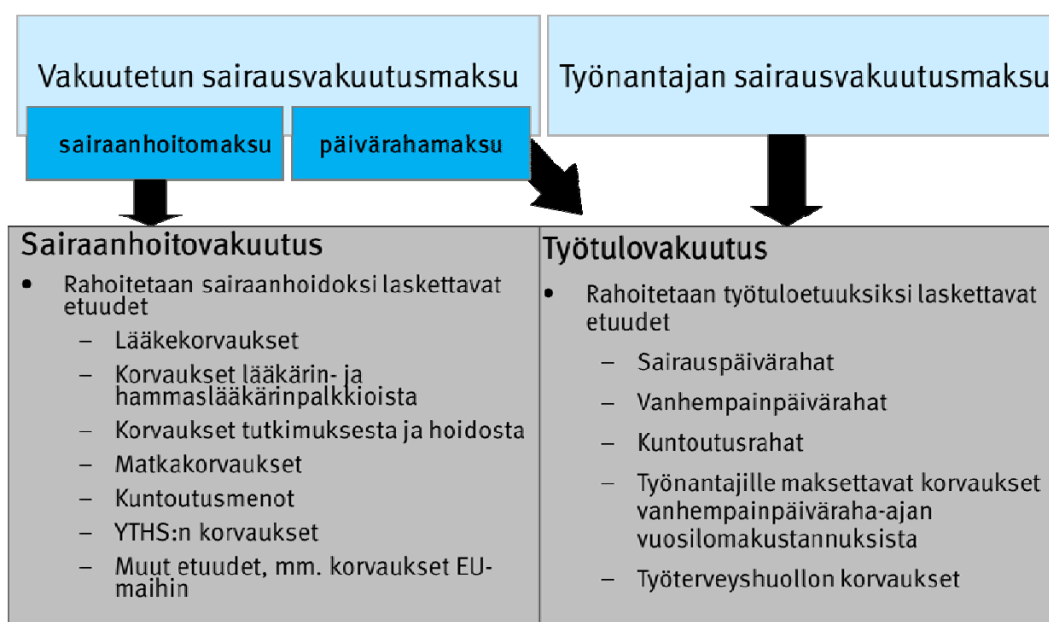
## Sairausvakuutuksen rahoitus 2011



Yhteensä 4,6 mrd. euroa

AT/Tilastoryhmä 6.7.2012

Kuvio 6. Sairausvakuutuksen rahoitus vuonna 2011. Lähde: Kelan tilastoryhmä 6.7.2012.



Kuvio 7. Sairausvakuutusmaksujen jakautuminen.

### 3 JULKISEN TERVEYDENHUOLLON JA SAIRAUSSVAKUUTUKSEN VÄLISET RAJAPINNAT JA MONIKANAVAISEN RAHOITUSJÄRJESTELMÄN HAASTEET

#### 3.1 KATSAUS MENNEESEEN

Sairausvakuutusjärjestelmä luotiin 1960-luvulla. Sairausvakuutuslaki (364/1963) tuli voimaan 1.4.1964 lukuun ottamatta lääkärinpalkkioiden korvaamista, joka alkoi 1.1.1967. Terveystenhuollon kahden rinnakkaisen rahoitusjärjestelmän malli oli siten olemassa jo ennen kansanterveyslain (66/1972) voimaantuloa.

Kansanterveyslain lähtökohtana oli jo vuoden 1869 keisarillisen julistuksen pohjalta muotoutunut kunnallinen terveydenhuollon järjestämisvelvollisuus. Kansanterveysjärjestelmän tavoitteena oli turvata terveyspalvelujen saatavuus koko maassa ja kaikille asukkaille yhdenvertaisesti tuloista ja varallisuudesta riippumatta. Tavoitteisiin kuului myös julkisen terveydenhuollon maksuttomuus.<sup>8</sup>

Terveystenhuollon kahta rinnakkaista järjestelmää ei harmonisoitu niiden suunnitteluvaiheessa 1960-luvulla, vaikka niiden lähtökohdat poikkesivat toisistaan. Sairausvakuutus oli keskitettyä, vakuutetuille maksettuihin korvauksiin ja yksilöiden valinnanvapauteen perustuvaa terveydenhuollon toimeenpanoa, kun taas kansanterveysjärjestelmässä oli kyse kunnalliseen itsehallintoon perustuvasta julkisen terveydenhuollon järjestämisestä, jolle yksilöiden valinnanvapaus oli alun perin vierasta. Lisäksi työterveyshuolto vakiintui 1960- ja 1970-lukujen aikana eräänlaiseksi kolmanneksi järjestelmäksi, joka lakisääteistettiin työterveyshuoltolailla (743/1978).

Kokonaisuutta on luonnehdittu sekajärjestelmäksi, jossa julkisilla, yksityisillä ja työterveyshuollon palveluilla on kullakin oma roolinsa avohoidon toteuttamisessa. 1980-luvulla tehtyjen linjausten perusteella terveydenhuoltojärjestelmän kehittämisen perustana on julkinen terveydenhuolto, jota sairausvakuutuksen kautta tuettu yksityinen palvelutoiminta täydentää. Vuonna 1993 toteutetussa valtionosuusuudistuksessa kunnallinen päätösvalta julkisen terveydenhuollon palvelujen järjestämisessä lisääntyi aiemmasta.

Sairausvakuutuksesta ei alun perin korvattu kansalaisille ainoastaan yksityisiä lääkäripalveluja, vaan myös muita avohoidon palveluja eli aiemmassa kunnanlääkärijärjestelmässä kunnanlääkärien potilailtaan perimiä palkkioita. Kansanterveysjärjestelmän voimaantulon jälkeen sairausvakuutuksesta alettiin korvata kunnille terveyskeskusten antamista lääkäripalveluista aiheutuneita kustannuksia huolimatta siitä, että terveyskeskuslääkärit olivat virkalääkäreitä.

Terveyskeskusten lääkäripalvelujen korvaaminen sairausvakuutuksesta lopetettiin vuoden 1983 alusta alkaen. Tuolloin sairausvakuutuksen päivärahamenot lisääntyivät huomattavasti päivärahoihin tehdyn tasokorotuksen myötä, minkä vuoksi säästöjä haettiin sairaanhoitovakuutuksesta. Muutoksen myötä terveydenhuollon kaksi rahoituskanavaa eriytyivät toisistaan. Muutoksen periaatteellisesta merkittävyyydestä huolimatta siitä ei aikanaan käyty laajaa julkista keskustelua.

Erikoissairaanhoitolaki (1062/1989) tuli voimaan vuonna 1991. Erikoissairaanhoitoon pääsyä ei rajattu pelkästään terveyskeskuslääkäriin läheteellä tapahtuvaksi, vaan erikoissairaanhoitoon lähettävänä lääkäriä voi olla myös yksityislääkäri tai työterveyslääkäri.

Hammashuolto tuli kunnallisen järjestämisvelvollisuuden piiriin muuta terveydenhuoltoa myöhemmin, ensin pelkästään lasten ja nuorten osalta ja myöhemmin vähitellen laajentuen eri

<sup>8</sup> Historiakatsauksen lähteenä on käytetty Yrjö Mattilan tutkimusta Suuria käännekohtia vai tasaista kehitystä? Tutkimus Suomen terveydenhuollon suuntaviivoista. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 116. Kelan tutkimusosasto. Helsinki 2011.

ikäryhmille. Myös sairausvakuutuksesta korvattiin normaalia hammashoitoa alkujaan pääosin vain alle 30-vuotiaille. Tätä vanhemmille korvattiin ainoastaan hammashoitoa, joka oli välttämätöntä muun sairauden kuin hammassairauden hoitamiseksi. Koko väestön oikeudeksi sekä julkinen hammashuolto että yksityisen hammashoidon korvaukset tulivat vasta 1.12.2002. Suun terveydenhuollossa yksityisten palvelujen merkitys julkisen terveydenhuollon täydentäjänä on edelleen suurempi kuin muussa terveydenhuollossa.

Julkisen terveydenhuollon ja sairaanhoitovakuutuksen kautta tuettujen yksityisten palvelujen välistä rajapintaa on tarkasteltu useissa yhteyksissä 1990- ja 2000-lukujen aikana. Nykyisen sairausvakuutuslain (1224/2004) mukaan sairausvakuutuksesta ei korvata kunnallisen sairaanhoidon yhteydessä avovastaanotolla annetusta lääkehoidosta aiheutuneita kustannuksia eikä sairaanhoidon kustannuksia julkisen laitoshoidon tai sitä vastaavan hoidon ajalta.

Rajanvetoa on tehty siirryttäessä enenevässä määrin vanhusten ja vammaisten julkisesta laitoshoidosta asumispalveluyksiköihin etenkin 1990-luvun aikana. Rajanvetokysymykset ovat nousseet esiin myös julkisen terveydenhuollon asiakasmaksuun sisältyvien lääkkeiden ja sairausvakuutuksesta korvattavien lääkkeiden osalta.

Aiemmin sairausvakuutuksesta korvattiin myös sairaaloiden erikoismaksuluokassa olleiden potilaiden sekä sairaalalääkäreiden sairaaloissa hoitamien yksityispotilaiden maksamia lääkäripalkkioita. Erikoismaksuluokajärjestelmästä ja sairaalalääkäreiden yksityisvastaanotto-oikeudesta luovuttiin vuonna 2008.

Sairausvakuutuslain kokonaisuudistuksen myötä kunnan osittain omistaman yksityisen terveydenhuollon yksikön antamaa hoitoa voidaan korvata sairausvakuutuksesta. Lisäksi 1.3.2011 tuli voimaan määräaikainen sairausvakuutuslain muutos, jonka mukaan kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon tiloissa annetusta yksityisestä sairaanhoidosta voidaan maksaa sairaanhoitokorvausta. Tiloja vuokratessaan kunnan tai kuntayhtymän on kuitenkin huolehdittava siitä, että tilojen vuokraaminen ei vaaranna kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon lakisääteistä toimintaa. Laki on voimassa 30.4.2015 asti.

Samassa yhteydessä säädettiin kunnan osaomistuksesta. Osakeyhtiötä, jonka enemmistöomistajana on yksi tai useampi kunta tai kuntayhtymä, pidetään yksityisenä terveydenhuollon palvelujen antajana, jos muun kuin kunnan tai kuntayhtymän omistusosuus on yhteensä vähintään 25 prosenttia yhtiön osakepääomasta. Tällöin osakeyhtiön tarjoamat palvelut kuuluvat sairaanhoitovakuutuksen piiriin.

## 3.2 AIKAISEMMAT SELVITYKSET

Viime vuosina tehdyissä selvityksissä on kiinnitetty huomiota terveydenhuoltojärjestelmän kestävyys- ja tehokkuuteen ja monikanavaisuuteen.

*OECD:n vuonna 2012 julkaiseman Suomen taloutta koskevan raportin* teemana oli terveydenhuolto. Raportissa nostetaan esille Suomen terveydenhuollon hyvä laatu ja kustannusten maltillisuus, mutta toisaalta kiinnitetään huomiota terveyserojen kasvuun sekä terveydenhuoltojärjestelmän hajanaisuuteen.<sup>9</sup>

OECD:n mukaan terveyserojen vähentäminen vaatii nykyistä enemmän investointeja sairauksien ehkäisyyn ja terveellisten elintapojen edistämiseen erityisesti nuorilla. Lisäksi se edellyttää parempaa hoitoon pääsyä sekä ennaltaehkäisevien toimien painottamista alempiin tuloryhmiin. Raportissa kiinnitetään huomiota myös eriarvoisuuteen yleislääkäri- ja erikoislääkärikäynneissä sekä yleislääkärille pääsyn vaikeuksien jatkumiseen.

Väestörakenteen muutos aiheuttaa terveydenhuollon järjestämiskustannusten kasvua, jota voidaan hillitä parantamalla tehokkuutta. OECD korostaa suosituksissaan kuntauudistuksen tarvetta: vain riittävän suuret kunnat voivat järjestää sosiaali- ja terveystaloudelliset palvelut tehokkaasti. OECD:n mukaan kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon tehokas toteuttaminen vaikeutuisi, jos

<sup>9</sup> OECD. OECD Economic Surveys: Finland 2012. OECD Publishing, 2012.

kuntien määrää ei saada oleellisesti pienemmäksi. Tämä voi aiheuttaa radikaaleja uudistustarpeita, kuten kansallisten tai alueellisten rahastojen luomista. Raportissa korostetaan, että tehokkuuden kohottamisella voidaan huomattavasti lievittää väestörakenteen muutoksesta tulevana vuosina syntyvää kustannusten kasvupainetta. Terveystenhuoltojärjestelmän hajanaisuus sekä rinnakkaiset rahoitusjärjestelmät esitetään merkittävinä tehokkaan toiminnan hidasteina.

Talousneuvoston sihteeristö julkaisi 15. marraskuuta 2011 kaksi asiantuntijaraporttia<sup>10</sup>, jotka pureutuvat sosiaali- ja terveydenhuollon rahoituksen ajankohtaiseen problematiikkaan. Väestön ikääntymisen myötä menojen ennakoidaan entisestäänkin kasvavan samalla kun aluekohtainen palvelutarve eriytyy. Tulevaisuudessa laadukkaat ja tasapuoliset palvelut on tuotettava mahdollisimman tehokkaasti ja taloudellisesti.

Professori Hannu Valtosen laatima raportti *Terveystenhuollon rahoitusehdotusten arviointi* vertailee julkisuudessa esillä olleita sosiaali- ja terveydenhuollon vaihtoehtoisia kehitysmalleja yhtenäisessä kehikossa. Nykyjärjestelmän ongelmiksi tunnistetaan kansalaisten eriarvoisuus palvelujen saatavuuden suhteen, tehokkuus- ja tuottavuusongelmat osassa palvelutuotantoa sekä järjestelmän heikoiksi arvioidut edellytykset selviytyä palvelujen kysyntään ja työvoiman tarjontaan vaikuttavasta väestörakenteen muutoksesta. Ongelmia syntyy myös päätöksenteon ja rahoituksen hajanaisuudesta ja järjestelmän sisäisistä, kehittymistä estävistä tekijöistä. Kaikissa ehdotetuissa ratkaisuissa korostetaan järjestäjätahon rahoituksen turvaamista riittävän suuren rahoituspohjan kautta. Käytännössä tämä merkitsee järjestäjätahon koon kasvattamista joko valtakunnalliseksi tai alueelliseksi. Erilaisia näkemyksiä vallitsee puolestaan muun muassa siitä, missä määrin tilaajan ja tuottajan roolit tulisi eriyttää toisistaan sekä tulisiko työterveyshuolto ja Kansaneläkelaitoksen kautta kanavoituva rahoitus sisällyttää kokonaisuuteen. Vähemmälle huomiolle ehdotuksissa jää tärkeä kysymys palvelujärjestelmän yleisen hyväksynnän turvaamisesta. Myös työnjako poliittisen ja hallinnollisen päätöksenteon välillä jää usein epäselväksi. Palveluiden käyttäjien ja sosiaali- ja terveyspalveluiden työntekijöiden odotukset ja käyttäytyminen ovat muuttuneet. Myös nämä seikat tulisi professori Valtosen mukaan ottaa huomioon järjestelmää uudistettaessa.

Tutkimusprofessori Markku Pekurisen johtaman Terveysten ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) asiantuntijaryhmän raportti *Sosiaali- ja terveydenhuollon rahoituksen kehittäminen: Kohti yksikanavaista alueellista järjestäjä-rahoittajaa* konkretisoi ja edelleen kehittää yhtä arvioiduista malleista. Raportti ehdottaa sosiaali- ja terveydenhuoltoon alueellista järjestäjä-rahoittajamallia, joka toteuttaisi yksikanavaisen rahoituksen alueellisella tasolla. Rahoitusuudistus palvelisi myös sosiaali- ja terveyspalvelujen laatuun, saatavuuteen ja oikeudenmukaisuuteen liittyviä päämääriä ja vahvistaisi erityisesti perusterveydenhuoltoa.

Raportissa ehdotetaan muodostettavaksi 12–15 alueellista järjestäjä-rahoittajaa, joiden väestöpohjan tulisi olla vähintään 200 000 asukasta. Kaikki sosiaali- ja terveydenhuollon julkinen rahoitus keskitettäisiin tälle toimijalle, joka vastaisi palvelujen järjestämisestä ja rahoittamisesta alueellaan. Asukkaiden vaikutusmahdollisuuksia ja asiakkaiden valinnanmahdollisuuksia parannettaisiin toteuttamalla raha seuraa asiakasta -periaate peruspalveluissa.

Myös palvelun tuottajien korvausperiaatteet uudistettaisiin. Perustason palvelujen tuottajat saisivat tulonsa hoitovastuullaan olevien asiakkaiden määrän ja ominaisuuksien mukaan. Erityistason palvelujen tuottajille maksettaisiin kiinteä korvaus päivystyksen ja muiden välttämättömien palvelujen järjestämisestä. Muista palveluista erityistason tuottajat saisivat korvauksen hoidettujen asiakkaiden määrän ja tuotettujen palvelujen mukaan ottaen huomioon hoidon vaatavuus.

Terveystenhuollon kokonaisuutta tarkastelevien selvitysten lisäksi sairausvakuutusta on selvitetty omana kokonaisuutenaan.

<sup>10</sup> Valtioneuvoston kanslia. Ehdotukset sosiaali- ja terveydenhuollon rahoituksen kehittämiseksi. Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 19/2011. Helsinki 2011.

*Valtiontalouden tarkastusvirasto selvitti vuonna 2011 valmistuneessa sairaanhoitovakuutusta koskevassa tuloksellisuustarkastuskertomuksessa*<sup>11</sup>, edistävätkö sairaanhoitovakuutuksen korvaukset yksityislääkärien ja yksityishammaslääkärien palkkioista väestön yhdenmukaista mahdollisuutta täydentää julkisia terveystalvaeluja kohtuullisin kustannuksin. Tätä arvioitiin sosiaali- ja terveysministeriön strategiaa ja järjestelmän nykytilaa vertailemalla, hoitotakuun avulla sekä järjestelmän läpinäkyvyyttä arvioimalla. Lisäksi tarkasteltiin sitä, miten korvaukset kohdistuvat eri väestöryhmiin ja minkälaisia seurauksia korvaustasojen nostoilla on ollut.

Tarkastuksessa havaittiin, että korvausjärjestelmään liittyy monia sellaisia piirteitä, jotka heikentävät kansalaisten yhdenmukaisia mahdollisuuksia täydentää julkisia terveystalvaeluja sairausvakuutuksella. Sairausvakuutusjärjestelmä on vaikeasti hahmotettava kokonaisuus ja kansalaisen on etukäteen hankalaa arvioida, mikä on hänen omavastuuosuutensa korvauksen jälkeen. Tarkastusvirasto katsoo, että sosiaali- ja terveysministeriön tulee selvittää mahdollisuuksia järjestelmän ymmärrettävyyden parantamiseksi.

Lisäksi havaittiin, että korvaukset jakaantuvat epätasaisesti niin alueellisesti, sukupuolen perusteella kuin tulojenkin mukaan. Korvauksia maksetaan enemmän maan eteläosien asutuskeskittymissä sekä naisille. Maksettujen korvausten määrä myös kasvaa tulojen kasvaessa. Lisäksi havaittiin, että järjestelmä on sellainen, että osa palkkioiden korvauksiin tehdyistä korotuksista valuu palkkioihin, eikä siten hyödytä korvauksen saajaa.

Tarkastusvirasto katsoi loppupäätelmissään, että sosiaali- ja terveysministeriön tulee selvittää keinoja kustannuksia hillitseviksi toimiksi. Esimerkiksi hintojen vertailtavuuden parantamista ja niiden tuomista kansalaisten vaivattomasti saatavaksi tulisi tarkastusviraston mukaan kehittää.

Tarkastusviraston raportti pohjautui osittain samoille kysymyksen asetteluille kuin sosiaali- ja terveysministeriön vuonna 2006 asettaman *sairaanhoitovakuutuksen kehittämistyöryhmän työ*. Työryhmä tarkasteli vuonna 2007 valmistuneessa selvityksessään, miten sairaanhoitovakuutus täydentäisi parhaalla mahdollisella tavalla julkista terveydenhuoltoa käytettävissä olevat varat huomioon ottaen.<sup>12</sup>

Työryhmä ehdotti korvausjärjestelmän selkeyttämiseksi, että kaikissa sairaanhoitovakuutuksen korvauksissa siirryttäisiin euromääräisiin korvauksiin. Euromääräisessä korvausjärjestelmässä lääkärin, hammaslääkärin tai muun sairausvakuutuslaissa tarkoitetun terveydenhuollon ammattihenkilön toimenpiteelle vahvistettaisiin tietty euromääräinen korvaus. Työryhmä katsoi, että perustelluimpana menetelmänä korvauksen määrittämiseksi voidaan pitää korvauksen määrittämistä tehokkaimpien tuottajien hintojen perusteella. Työryhmän mukaan korvauksen tason tulisi taata kaikille väestöryhmille mahdollisuus yksityisten terveydenhuoltopalveluiden käyttöön. Työryhmän enemmistön mukaan lääkärinpalkkion, hammaslääkärin palkkion ja tutkimuksen ja hoidon korvaustason tulisi olla vähintään 40 prosenttia. Työryhmä piti korvausjärjestelmän rakenteeseen ja korvaustasoon liittyvien epäkohtien korjaamista kiireellisenä.

Korvausjärjestelmän rakenteen ja korvausten tason lisäksi työryhmä tarkasteli myös sairaanhoitovakuutuksen korvausten laajentamista. Työryhmä päätyi ehdottamaan suuhygienistin antaman hoidon korvaamista sairausvakuutuksesta yksityisessä terveydenhuollossa toimivan hammaslääkärin määräämänä. Lisäksi työryhmä ehdotti sairausvakuutuslain muuttamista siten, että kaikkien nimekesuojattujen psykoterapeuttien antama psykoterapia saatettaisiin sairausvakuutuskorvauksen piiriin silloin, kun lähetteen on kirjoittanut yksityisessä terveydenhuollossa toimiva lääkäri. Lisäksi sairausvakuutuksen ja kuntoutuksen yhteisestä psykoterapian korvaamisesta luovuttaisiin ja kuntoutuksena annettava psykoterapia siirrettäisiin Kansaneläkelaitoksen järjestämisvelvollisuuden piiriin. Työryhmä piti myös hammasprotetiikan kliinisen ja teknisen työn korvaamista sekä tekonivelten saattamista sairausvakuutuskorvauksen piiriin perusteltuna.

<sup>11</sup> Valtiontalouden tarkastusvirasto. Tuloksellisuustarkastuskertomus 228/2011. Sairaanhoitovakuutus – erityisesti korvaukset yksityislääkäreiden ja yksityishammaslääkäreiden palkkioista. Valtiontalouden tarkastusviraston tarkastuskertomus 6/2011. Helsinki 2011.

<sup>12</sup> Sosiaali- ja terveysministeriö. Sairaanhoitovakuutuksen kehittäminen. Sairausvakuutuksen sairaanhoitovakuutuksen kehittämistyöryhmän muistio. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2007:34. Helsinki 2007.

### 3.3 SAIRAUSVAKUUTUKSEN VIIMEAIKAINEN KEHITYS

Sairausvakuutuksen kehittämistyöryhmän työn päättymisen jälkeen sairausvakuutuksen sairaanhoitovakuutukseen on tehty useita muutoksia.

Hammaslääkäripalkkiosta maksettavia sairausvakuutuskorvauksia nostettiin vuoden 2008 alusta tavoitteena 40 prosentin todellinen korvaustaso. Korotuksen arvioitiin nostavan sairaanhoitovakuutuksen menoja 26 miljoonalla eurolla.

Sairaanhoitovakuutuksen kehittämistyöryhmän ehdotusten mukaisesti suuhygienistien antama hoito säädettiin korvattavaksi sairausvakuutuksesta vuoden 2010 alusta lukien. Suuhygienistin perimästä palkkiosta maksettava korvaus on euromääräinen. Uudistus merkitsi julkisessa terveydenhuollossa vakiintuneen hammaslääkärin ja suuhygienistin välisen työnjaon omaksumista sairausvakuutuksen korvausjärjestelmässä. Lisäksi uudistuksella pyrittiin edistämään ehkäisevien palveluiden käyttöä suun terveydenhuollossa. Samalla tavoitteena oli saada kokemuksia euromääräisestä korvausjärjestelmästä.

Suun terveydenhuollossa on toteutettu vuoden 2010 syksystä alkaen kokeiluhanketta, jossa potilas saa valintansa mukaan joko yksityiseltä tai julkiselta sektorilta samansisältöistä ehkäisevää hoitoa, josta hänen maksettavakseen jäävä osuus on lähes sama. Kokeilun on määrä jatkua vuoden 2013 loppuun. Hankkeen tavoitteena on tehostaa yhteistyötä ja yhtenäistää hoidon perusteita yksityisen ja julkisen sektorin välillä. Lisäksi tarkoituksena on lisätä potilaan valinnanvapautta sekä vahvistaa ennaltaehkäisevän hoidon toteutumista ja parantaa hoitoon pääsyä. Kokeiluhankkeeseen osallistuvat yksityishammaslääkärit. Yhteistyöhankkeeseen voivat tulla ehkäisevän hoidon tarpeessa olevat potilaat, joille tarjotaan mahdollisuus osallistua yhteistyöhankkeeseen valitsemalla suun terveyttä edistävä hoitonsa joko yksityiseltä tai julkiselta sektorilta. Hankkeeseen mukaan lähtevien yksityisten hammaslääkärien ja suuhygienistien on sitouduttava hankkeen periaatteisiin tekemällä yhteistyösopimus kunnan kanssa. Ehkäisevän hoidon jälkeen potilas voi tarvittaessa jatkaa hoitoa yksityisessä suun terveydenhuollossa, jolloin hoidosta saatava korvaus määräytyy sairausvakuutuksen tavanomaisten korvaustaksojen perusteella. Potilas voi halutessaan hakeutua myös terveystieteiden tutkimuskeskukseen jatkohoitoon.

Sairausvakuutuksen kehittämistyöryhmän ehdotusten mukaisesti myös Kansaneläkelaitoksen harkinnanvaraisena korvaama kuntoutuspsykoterapia muutettiin lakisääteiseksi vuoden 2011 alusta. Kuntoutuspsykoterapian korvaus ehdot ja korvaustaso pysyivät ennallaan: korvaus maksetaan 16–67-vuotiaille henkilöille, joiden työ- tai opiskelukyky on mielenterveyden häiriön vuoksi uhattuna. Korvaaminen edellyttää kolmen kuukauden pituista asianmukaista hoitosuhdetta sekä psykiatrian erikoislääkärin arviota hakijan diagnoosista ja kuntoutustarpeesta. Uudistuksen tavoitteena oli kehittää Kansaneläkelaitoksen tarjoamaa kuntoutusta vastaamaan nykyistä paremmin tarpeen mukaiseen kuntoutukseen. Vastuu kuntoutujien kokonaishoidosta säilyi uudistuksen jälkeenkin ensisijaisesti julkisella terveydenhuollolla.

Vuonna 2011 luotiin määräaikaisella lainsäädännöllä edellytykset julkisen terveydenhuollon tilojen vuokraamiselle yksityisten palvelujen tarjoajien käyttöön ja mahdollistamalla sairausvakuutuskorvauksen maksaminen julkisissa tiloissa annetusta hoidosta. Uudistuksen tavoitteena oli mahdollistaa Matti Vanhasen II hallituksen hallitusohjelman mukaisesti julkisten tilojen tehokkaampi käyttö sen vaikuttamatta asiakkaan saamaan sairausvakuutuskorvaukseen. Tiloja vuokratessaan kunnan tai kuntayhtymän tulee huolehtia siitä, että tilojen vuokraaminen ei vaaranna kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon lakisääteistä toimintaa. Korvauksen maksamisen edellytyksenä on, että tilojen vuokraaja on ilmoittanut Kansaneläkelaitokselle tiedot vuokraajasta. Kansaneläkelaitos ylläpitää luovutettujen tietojen perusteella rekisteriä julkisissa tiloissa toimivista yksityisistä palveluntarjoajista, joiden antamasta hoidosta voidaan maksaa sairausvakuutuskorvaus.

Korvausjärjestelmän selkeyttämiseksi sairaanhoitovakuutuksen lääkärin- ja hammaslääkäripalkkioiden ja tutkimuksen ja hoidon korvaamisessa siirryttiin vuoden 2013 alusta sairausvakuutuksen kehittämistyöryhmän ehdotusten mukaisesti euromääräiseen

korvaamismenettelyyn. Euromääräisen korvausmenettelyn odotetaan helpottavan hintojen vertailtavuutta ja osaltaan edistävän hintakilpailua. Euromääräistämisen yhteydessä toteutettiin lisäksi 20 miljoonan euron säästö tutkimuksen ja hoidon korvausten menoista. Säästö toteutettiin tarkistamalla laboratoriotutkimusten ja radiologisten tutkimusten korvaustaksoja. Korvaustasojen laskeminen lisää jonkin verran vakuutetun osuutta yksityisen terveydenhuollon kustannuksista ja vaikutukset yksilötasolla riippuvat potilaalle määrättävistä tutkimuksista. Vuoden 2013 alusta myös matkakustannusten korvausten matkakohtaista omavastuuta korotettiin 9,25 eurosta 14,25 euroon ja vuosittaista omavastuuta 157,25 eurosta 242,25 euroon, mikä lisää etenkin paljon matkoja tekevien iäkkäiden ja harvaanasutuilla aluilla asuvien henkilöiden matkakustannuksia. Matkakustannusten omavastuun nostamisen jälkeen korvausprosentti on kuitenkin edelleen keskimäärin 84 prosenttia.

### 3.4 NYKYTILAN ARVIOINTI

Suomen terveydenhuoltojärjestelmän keskeisinä ongelmina on pidetty kansalaisten epätasa-arvoisuutta palveluiden saatavuuden suhteen sekä järjestelmän heikkoutta vastata väestörakenteen muutoksen aiheuttamaan lisääntyneeseen palveluiden kysyntään ja heikentyneeseen työvoiman tarjontaan. Terveydenhuoltojärjestelmän päätöksenteon ja rahoituksen hajanaisuuden on katsottu myös estävän järjestelmän tehostamisen. Myös nopeasti ikääntyvä väestö, uusien ja kalliiden lääkkeiden ja hoitomenetelmien käyttöönotto sekä kiristynyt taloudellinen tilanne ovat terveydenhuoltojärjestelmän haasteita. Merkittävänä ongelmana on myös pidetty väestöryhmien välisiä terveyseroja, joiden kaventamisessa on onnistuttu vain osittain<sup>13</sup>.

Monikanavaisuutta ei useinkaan itsessään ole pidetty ongelmana, mutta se saattaa kannustaa vastuun ja kustannusten siirtoon eri rahoituslähteiden välillä. Vaikka keskustelua ovat hallinneet nykyjärjestelmän ongelmat, toimii nykyinen järjestelmä kokonaisuutena monessa suhteessa hyvin ja sillä on kansalaisten hyväksyntä<sup>14</sup>.

Viime vuosien terveydenhuoltojärjestelmää koskevien ehdotusten tavoitteena on ollut oikeudenmukaisesti jaettu, tehokas, tuottava ja laadukas palvelutuotanto. Tämän saavuttamiseksi edellytetään järjestäjäorganisaation rahoituksen kestävyys turvaamiseksi riittävän suurta rahoituspohjaa. Esimerkiksi STM:n asettaman palvelurakennetyöryhmän loppuraportissa esitetään, että sosiaali- ja terveystalouden järjestämiseen riittävän väestöpohjan tulisi olla kantokykytekijöistä riippuen vähintään 50 000–100 000<sup>15</sup>.

Suomen terveydenhuoltomenojen suhde bruttokansantuotteeseen oli 8,9 prosenttia vuonna 2010, mikä oli 0,2 prosenttiyksikköä vähemmän kuin edellisellä vuonna. Terveydenhuollon suurimmat menoerät koostuivat vuonna 2010 erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon palvelujen sekä avohoidon lääkkeiden ja muiden lääkinnällisten kulutustavaroiden käytöstä.<sup>16</sup> Väestön ikääntymisen odotetaan näkyvän sairausvakuutuksen menoissa tulevana vuosikymmeninä. Kela on ennustanut, että sairausvakuutukseen tulee menemään lähes puolet Kelan kuluista, eniten tulevat kasvamaan lääkekulut. Tämä yhdistettynä julkisen talouden heikkenemiseen johtaa paineisiin kehittää keinoja sairausvakuutuksen kustannusten kasvun hillintään.

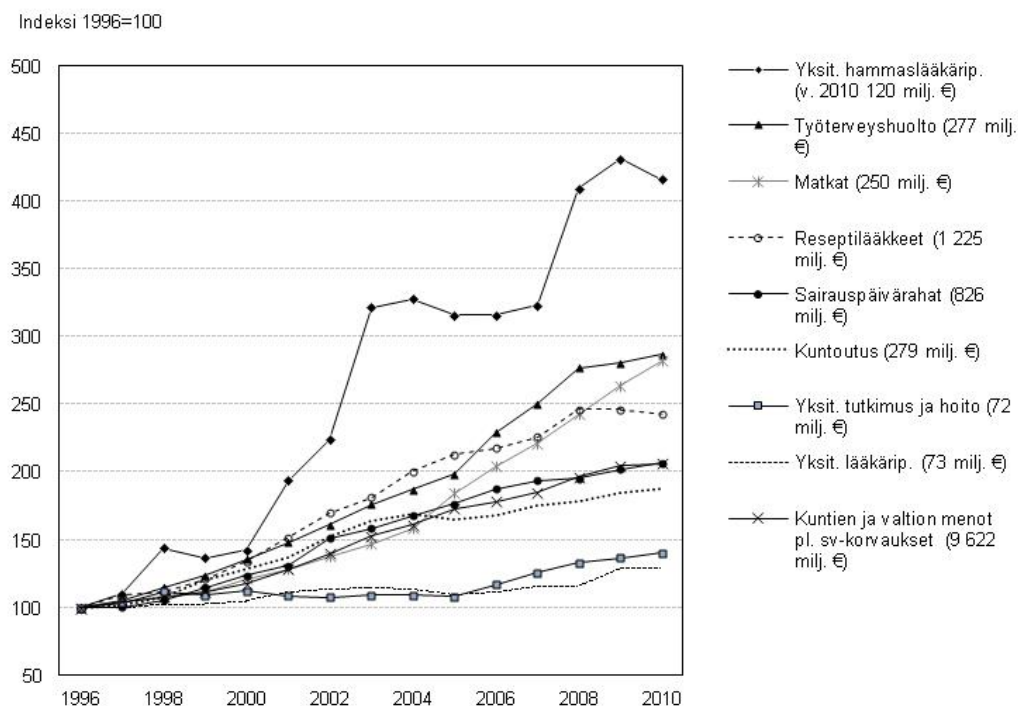
<sup>13</sup> Koskinen Seppo, Lundqvist Annamari ja Ristiluoma Noora (toim.). Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Raportti 68/2012. Helsinki 2012.

<sup>14</sup> OECD. OECD Economic Surveys: Finland 2012. OECD Publishing, 2012.

<sup>15</sup> Sosiaali- ja terveysministeriö. Palvelurakennetyöryhmän loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2012:30. Helsinki 2012.

<sup>16</sup> Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Terveidenhuollon menot ja rahoitus 2010. Suomen virallinen tilasto. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Tilastoraportti 5/2012. Helsinki 2012.





Kuvio 8. Sairausvakuutuksen ja työterveyshuollon korvausten sekä julkisesti rahoitetun terveydenhuollon kehitys 1996–2010 (käyvin hinnoin).

Lähde: Hujanen Timo ja Mikkola Hennamari. Työterveyshuollon palvelujen kustannusten alueelliset erot. Kelan tutkimusosasto, Nettityöpapereita 42. Helsinki 2013.

Vuonna 2011 sairausvakuutuksen sairaanhoitokorvauksia maksettiin yhteensä 1 811 miljoonaa euroa, joista lääkekorvausten osuus oli 1 262 miljoonaa euroa, lääkärin- ja hammaslääkärin palkkioiden sekä tutkimuksen ja hoidon korvausten osuus 274 miljoonaa euroa ja matkakorvausten osuus 276 miljoonaa euroa. Muiden sairaanhoitovakuutuksesta rahoitettavien kustannusten eli Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiölle maksettavien korvausten, maatalousyrittäjien tapaturmavakuutuksen perusturvaan kuuluvien sairaanhoitokorvausten sekä Kansaneläkelaitoksen järjestämän kuntoutuksen kustannukset olivat 322 miljoonaa euroa. Vuoden 2011 sairaanhoitovakuutuksen 2 133 miljoonan euron etuuskulujen ja noin 126 miljoonan euron toimintakulujen rahoittamiseen palkansaajat ja yrittäjät osallistuivat 639 miljoonalla eurolla ja eläke- ja etuudensaajat 307 miljoonalla eurolla.

### 3.4.1 Sairaanhoito

Vuonna 2011 sairausvakuutuksesta korvattuja yksityislääkärin palveluja käytti lähes kolmannes suomalaisista. Lapsista palveluja käytti noin 25 prosenttia, työikäisistä 28 prosenttia ja ikääntyneistä 42 prosenttia. Viiden vuoden seurannassa (2006–2010) 60 prosenttia väestöstä oli käyttänyt yksityisen terveydenhuollon palveluita.<sup>17</sup>

Vuonna 2011 lääkärinpalkkioista sai korvauksia yhteensä 1,6 miljoonaa vakuutettua 3,7 miljoonasta käyntikerrasta. Korvausmenot lääkärinpalkkioista olivat yhteensä noin 74 miljoonaa euroa. Lähes puolet lääkärinpalkkioista korvausta saaneista sai korvauksia silmätautien tai

<sup>17</sup> Mikkola Hennamari ja Virta Lauri. Miten sairaanhoitovakuutus tulevaisuudessa korvaa lääkärinpalkkioita? Teoksessa: Mikkola Hennamari, Blomgren Jenni ja Hiilamo Heikki (toim.). Kansallista vai paikallista? Puheenvuoroja sosiaali- ja terveydenhuollosta. Kelan tutkimusosasto. Tampere 2012.

gynekologian lääkärikäyntien perusteella. Tutkimuksesta ja hoidosta maksettiin korvausta noin miljoonalle vakuutetulle 1,7 miljoonasta käyntikerrasta yhteensä 76 miljoonaa euroa. Yleisimmät korvatut tutkimukset olivat hammasröntgen ja gynekologinen irtosolunäyte. Fysioterapiapalveluista korvausta maksettiin hieman yli 200 000 vakuutetulle yhteensä noin 16,6 miljoonaa euroa. Tutkimuksen ja hoidon keskimääräinen korvausprosentti oli 29.

Taulukko 1. Korvatut lääkarissäkäynnit ja perityt palkkiot erikoisaloittain, vuosi 2011.

	Käyntejä, 1 000 kpl	Palkkio käyntiä kohti, €	Korvaus käyntiä kohti, €
<b>Silmätaudit</b>	523,4	90,9	21,7
<b>Naistentaudit ja synnytykset</b>	474,9	77,6	18,5
<b>Kirurgia</b>	381,9	142,7	28,5
<b>Korva-, nenä- ja kurkkutau- dit</b>	278,4	92,8	20,0
<b>Lastentaudit</b>	271,5	76,1	17,8
<b>Yleislääketiede</b>	255,5	55,8	16,8
<b>Psykiatria</b>	186,4	87,4	28,2
<b>Ihotaudit ja allergologia</b>	159,3	80,1	17,3
<b>Sisätaudit</b>	149,7	83,6	20,7
<b>Muut erikoisalat</b>	264,9	131,5	29,0
<b>Kaikki erikoislääkärikäynnit</b>	2 946,0	93,7	21,9

Lähde: Kelan tilastollinen vuosikirja 2011.

### *Yhdenvertaisuus hoitoon pääsyssä*

Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto (Valvira) ja aluehallintovirastot valvovat terveydenhuoltolaissa säädetyn hoitotakuun toteutumista. Valvira ja aluehallintovirastot ovat sopineet yhdessä kriteerit, joiden perusteella toimintaan puututaan tai siitä pyydetään selvitys. Perusterveydenhuollossa toimintaan puututaan, jos siellä esimerkiksi esiintyy jatkuvia ongelmia välittömässä yhteyden saamisessa terveyskeskukseen tai puheluista pääsee läpi alle 80 prosenttia, tai päivittäin on tilanne, jossa hoidon tarve on todettu, mutta vastaanottoaikaa lääkärille ei ole antaa. Myös suun terveydenhuollossa jatkuvat ongelmat yhteydensaannissa ja alle 80 prosentin läpipääsy puheluista johtavat toimenpiteisiin. Lisäksi hoitojen järjestymistä säädettyissä aikarajoissa seurataan.

Erikoissairaanhoidossa lääninhallitukset selvittävät tilanteen sairaanhoitopiirissä, jos yli viisi prosenttia läheteistä käsitellään yhdellä tai useammalla erikoisalalla vasta kolmen viikon jälkeen lähetteen saapumisesta. Valvira puolestaan selvittää sairaanhoitopiirin tilanteen ainakin tilanteissa, joissa THL:n hoitoonpääsyn seurantatiedon mukaan vähintään viisi henkilöä 10 000 asukasta kohden oli jonottanut hoitoa yli puoli vuotta.

THL:n lokakuussa 2012 keräämien hoitoonpääsyn seurantatietojen mukaan 80 prosenttiin terveyskeskuksista sai välittömästi yhteyden. Jatkuvista ongelmista yhteydensaannissa ei seurannassa ilmoittanut yksikään terveyskeskus. Myös hoidon tarpeen arviointi toteutui kaikissa terveyskeskuksissa terveydenhuoltolain mukaisesti kolmessa arkipäivässä yhteydenotosta. Yli neljä viikkoa lääkärin vastaanotolle pääsyä joutui odottamaan 18 prosenttia väestöstä ja alle kahdessa viikossa lääkärin vastaanotolle pääsi 19 prosenttia väestöstä. Sekä hoitajan että lääkärin vastaanotolle pääsyssä esiintyi kuitenkin huomattavia alueellisia eroja (taulukko 2).

Taulukko 2. Niiden tilanteiden esiintyvyys, joissa potilaalla on todettu lääkärin hoidon tarve, mutta vastaanottoaikaa lääkärille ei ole antaa (suhteessa väestöön, %).

Sairaanhoitopiiri	Ei koskaan	Kuukausittain tai harvemmin	Viikoittain	Päivittäin
<b>Etelä-Karjalan shp</b>	0	100	0	0
<b>Etelä-Pohjanmaan shp</b>	28	0	62	10
<b>Etelä-Savon shp</b>	8	80	6	6
<b>Helsingin ja Uudenmaan shp</b>	56	19	6	20
<b>Itä-Savon shp</b>	0	0	100	0
<b>Kainuun shp</b>	0	0	100	0
<b>Kanta-Hämeen shp</b>	20	0	54	26
<b>Keski-Pohjanmaan shp</b>	0	0	100	0
<b>Keski-Suomen shp</b>	21	24	55	0
<b>Kymenlaakson shp</b>	6	31	63	0
<b>Lapin shp</b>	20	19	11	51
<b>Länsi-Pohjan shp</b>	0	21	37	42
<b>Pirkanmaan shp</b>	24	24	9	43
<b>Pohjois-Karjalan shp</b>	3	75	5	17
<b>Pohjois-Pohjanmaan shp</b>	10	63	25	1
<b>Pohjois-Savon shp</b>	31	0	49	20
<b>Päijät-Hämeen shp</b>	18	82	0	0
<b>Satakunnan shp</b>	18	17	65	0
<b>Vaasan shp</b>	82	0	18	0
<b>Varsinais-Suomen shp</b>	44	36	20	0

Lähde: THL, Perusterveydenhuollon hoitopääsykysely terveystieteiden johtaville lääkäreille.

THL:n erikoissairaanhoidon hoitopääsyn seurantatietojen mukaan elokuussa 2012 hoitopääsyä sairaanhoitopiireihin ja perusterveydenhuollon erikoissairaanhoitoyksiköihin odotti 73 220 potilasta. Heistä 65 110 odotti hoitoa sairaanhoitopiiriin ja 8 110 terveyskeskustyksikköön. Yhteensä 2,5 prosenttia oli odottanut hoitopääsyä yli puoli vuotta. Hoitoa yli puoli vuotta odottaneiden osuudessa esiintyi alueellisia ja erikoisalojen mukaisia eroja.

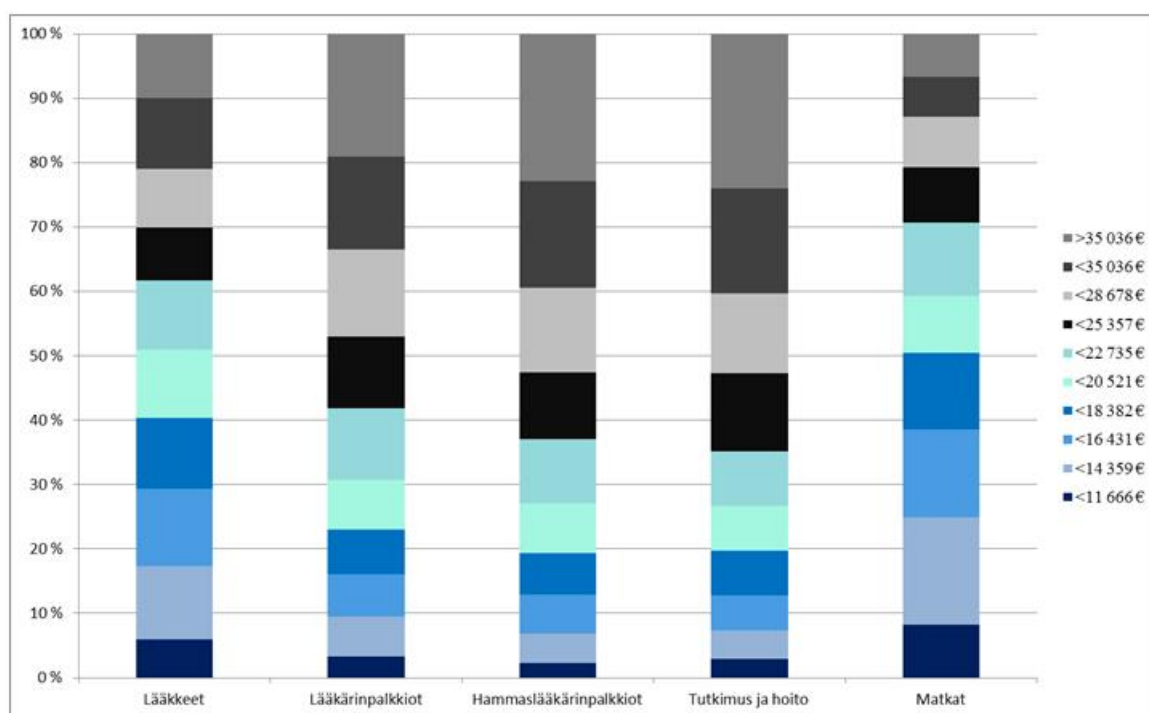
Sairaanhoitovakuutuksen tavoitteena on täydentää julkista terveydenhuoltoa korvaamalla osan yksityisten palveluiden käytöstä aiheutuneista kustannuksista. Sairaanhoitovakuutuksen rooli julkisen terveydenhuollon täydentäjänä on kuitenkin heikentynyt korvaustason alenemisen myötä. Sairaanhoitokorvaukset korvaavat hieman alle 30 prosenttia yksityisen terveydenhuollon käytön kustannuksista palvelusta riippuen. Yksityisten lääkärinpalkkioiden ja tutkimuksen ja hoidon kustannuksista sairaanhoitovakuutus korvaa noin neljänneksen ja hammaslääkärinpalkkioiden kustannuksista noin kolmanneksen. Sairausvakuutuksen lääkärin-, hammaslääkärin- sekä tutkimuksen ja hoidon taksoihin on tehty 2000-luvulla pääasiassa tarkistuksenomaisia korjauksia lukuun ottamatta hammaslääkärin taksoihin vuonna 2008 tehtyjä korotuksia. Lääkärinpalkkioiden korvauksia korotettiin viimeksi vuonna 1989, jolloin korvaustaksoja nostettiin 34 prosenttia.

Joissakin yhteyksissä sairaanhoitovakuutuksen on katsottu lisäävän terveydenhuollon epätasa-arvoisuutta, koska se tarjoaa nopean hoitoon pääsyn väylän niille henkilöille, jotka ovat valmiita maksamaan hoidosta enemmän ja joilla on siihen varaa. Lisäksi sairaanhoitokorvaukset jakaantuvat eri tavoin eri alueille ja eri väestöryhmille. Valtiontalouden tarkastusviraston mukaan sairaanhoitokorvausten nykyinen kohdentuminen ei edesauta saavuttamaan sosiaali- ja terveysministeriön strategian mukaista tavoitetta väestöryhmien välisten terveyserojen kaventamisesta<sup>18</sup>.

<sup>18</sup> Valtiontalouden tarkastusvirasto. Tuloksellisuustarkastuskertomus 228/2011. Sairaanhoitovakuutus – erityisesti korvaukset yksityislääkäreiden ja yksityishammaslääkäreiden palkkioista. Valtiontalouden tarkastusviraston tarkastuskertomus 6/2011. Helsinki 2011.

Yksityisten terveystalouden käyttäjille sairausvakuutuskorvauksilla on niiden mataluudesta huolimatta suuri merkitys<sup>19</sup>. Jos sairaanhoitokorvaukset poistettaisiin kokonaan, pieni- ja keskituloisilla olisi entistä pienemmät mahdollisuudet käyttää yksityisen terveydenhuollon palveluita. Korvausten poistaminen ei poistaisi hoitoon pääsyn eriarvoisuutta, koska yksityinen terveydenhuolto säilyisi edelleen osana terveydenhuoltojärjestelmää. Sairaanhoitokorvausten poistaminen voisi kuitenkin lisätä yksityisten sairausvakuutusten markkinoita, mikä puolestaan lisäisi terveystalouden saatavuuden eriarvoisuutta. Yksityisissä vakuutuksissa vakuutusmaksut ja vakuutusehdot määräytyvät vakuutettavan riskin mukaan. Lakisääteisessä sairausvakuutuksessa vakuutusmaksut määräytyvät tulojen mukaan, ja kaikilla vakuutetuilla on maksuista riippumatta yhtäläinen oikeus lakisääteisiin etuuksiin. Arvioiden mukaan yksityiset vakuutukset lisääntyisivät erityisesti työsuhde-etuina, jolloin eri-arvoisuus työssä olevien ja työelämän ulkopuolella olevien henkilöiden välillä kasvaisi.

Sairaanhoitovakuutuksen korvausjärjestelmän on sanottu hyödyttävän asiakkaan suuren omavastuusuuden vuoksi erityisesti suurituloisia, joilla on varaa maksaa terveydenhuollon palveluista. Tilastojen perusteella lääkärin- ja hammaslääkärinpalkkioiden sekä tutkimuksen ja hoidon korvauksia maksetaan eniten suuri- ja keskituloisille. Matkakustannusten korvauksia puolestaan maksetaan eniten pienituloisille. Lääkekorvaukset jakaantuivat melko tasaisesti tuloluokissa. Näin ollen sairaanhoitovakuutuksen korvaukset jakaantuvat kokonaisuudessaan melko tasaisesti eri tuloluokissa kaikkein pienituloisimpien desiiliä lukuun ottamatta.



\* Tulodesiilit on luokiteltu kotitalouden kulutusyksikköä kohden lasketun käytettävissä olevan tulon mukaan.

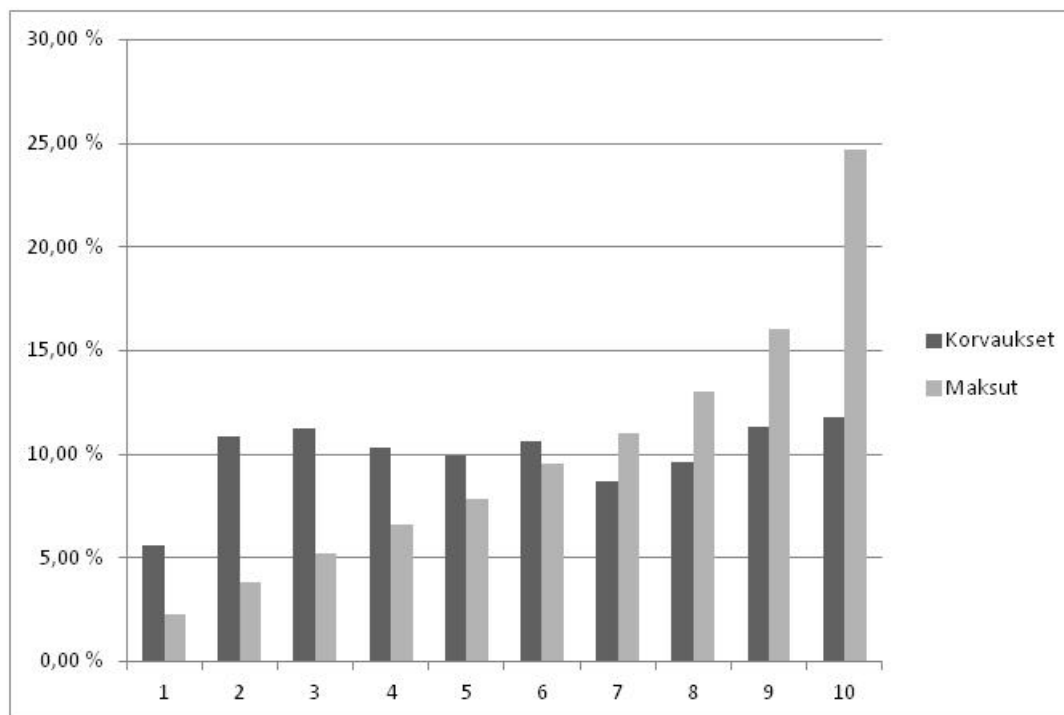
Kuvio 9. Sairaanhoitokorvaukset tulodesiileittäin\* vuonna 2009.

Lähde: Tulonjakoaineisto 2009/Kelan tutkimusosasto.

Sairaanhoitokorvaukset rahoitetaan sairaanhoitovakuutuksesta, joka rahoitetaan puoliksi vakuutetuilta perittävillä sairaanhoitomaksuilla ja puoliksi valtion varoista. Yksityisistä vakuutuksista poiketen sairaanhoitovakuutuksesta maksetaan korvauksia kaikille vakuutuksen piiriin kuuluville vakuutusmaksuista riippumatta. Suurituloiset maksavat kuitenkin korkeampia

<sup>19</sup> Tuominen Ulla, Hiilamo Heikki, Dadi Liisa ja Mikkola Hennamari. Kela-korvauksen merkitys yksityisten terveystalouden käytössä. Teoksessa: Klavus Jan (toim.). Terveystaloustiede 2011. Terveystalouden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki 2011.

sairaanhoitomaksuja ja osallistuvat siten suuremmalla osuudella sairaanhoitovakuutuksen rahoitukseen. Tarkasteltaessa maksettujen maksujen ja saatujen korvausten suhdetta havaitaan, että suurituloiset maksavat enemmän maksuja suhteessa saatuihin korvauksiin (kuvio 10).



Kuvio 10. Sairaanhoitomaksut ja korvaukset tulodesiileissä\*.

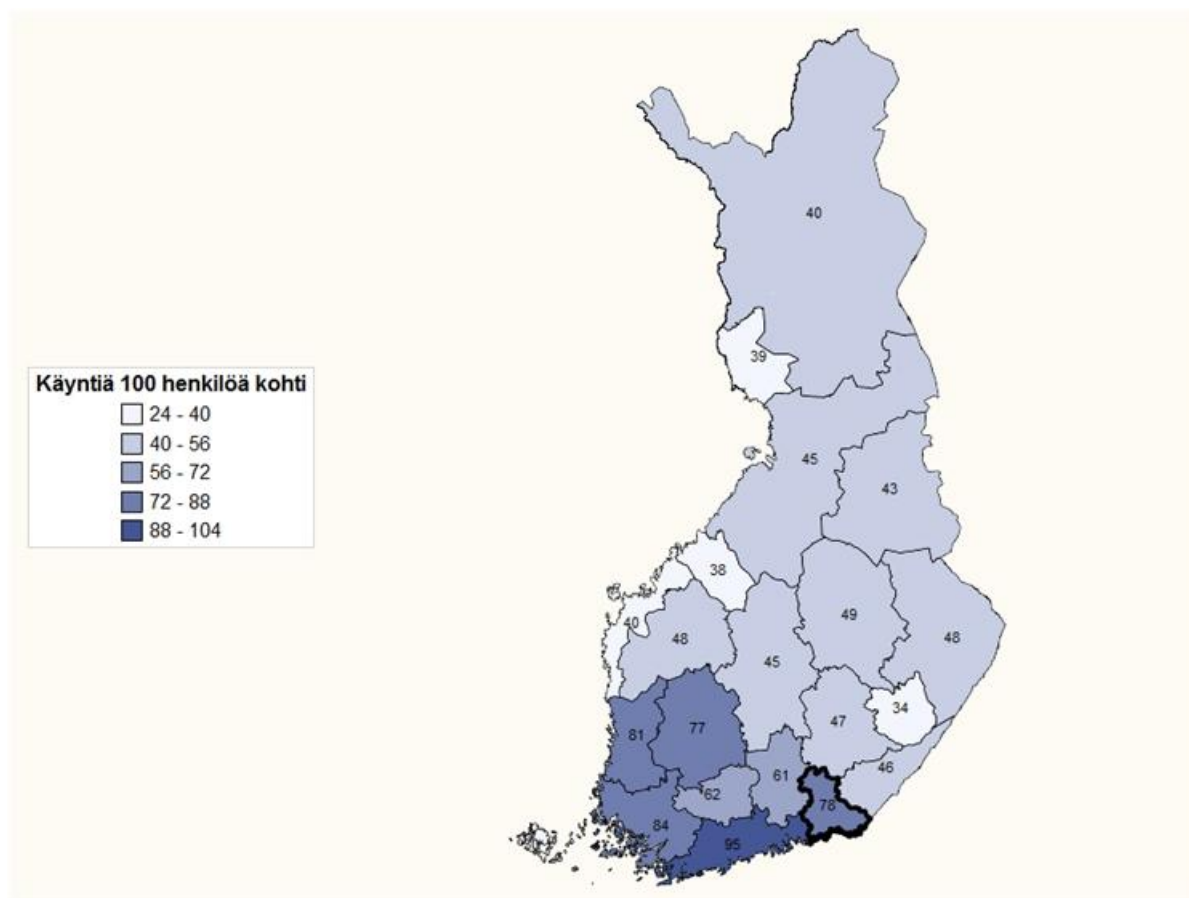
Lähde: Tulonjakoaineisto 2009/Kelan tutkimusosasto.

Tulodesiilit vuonna 2009	
1	<11 666 €
2	<14 359 €
3	<16 431 €
4	<18 382 €
5	<20 521 €
6	<22 735 €
7	<25 357 €
8	<28 678 €
9	<35 036 €
10	>35 036 €

\* Tulodesiilit on luokiteltu kotitalouden kulutusyksikköä kohden lasketun käytettävissä olevan tulon mukaan.

Aikaisemmissa selvityksissä on kiinnitetty huomiota myös sairaanhoitokorvausten epätasaiseen jakautumiseen alueellisesti (kuvio 11) ja sukupuolen perusteella. Korvauksia lääkärin- ja hammaslääkärin palkkioiden kustannuksista maksetaan eniten alueilla, joissa on tarjolla runsaasti yksityisen terveydenhuollon palveluita, kuten Etelä-Suomessa ja suurimmissa kaupungeissa. Lääkärin- ja hammaslääkärin palkkioista maksettavien korvausten epätasaista alueellista

jakautumista on kuitenkin vaikea muuttaa, koska yksityisen terveydenhuollon palvelut keskittyvät alueille, joissa väestöpohja on riittävän suuri.



Kuvio 11. Yksityislääkärikäyntejä 100 henkilöä kohti sairaanhoitopiireittäin vuonna 2011. Luokkien koot ovat samansuuruisia. Suurimmassa osassa sairaanhoitopiireistä on 40–56 käyntiä 100 asukasta kohti. Vähiten käyntejä on Ahvenanmaan sairaanhoitopiirissä (22 käyntiä 100 asukasta kohti).

Lähde: Miettinen Jani, Tervola Jussi, Koskinen Hanna, Virta Lauri ja Mikkola Hennamari. Yksityisten terveyspalvelujen käytön kehitys 80-luvun puolivälistä 2010-luvulle. Ilmestyy Kelan tutkimusosaston nettityöpapereissa 2013.

Jos sairaanhoitokorvausten jakaantumisen tarkasteluun otetaan mukaan lääkärinpalkkioiden ja hammaslääkärinpalkkioiden lisäksi lääkekorvaukset ja matkakorvaukset, sairaanhoitokorvaukset jakaantuvat alueellisesti melko tasaisesti. Matkakorvauksia maksetaan eniten alueille, joissa välimatkat ovat pitkiä, eli Pohjois-Suomeen ja syrjäseuduille. Lääkekorvaukset jakaantuvat alueellisesti melko tasaisesti. Tarkasteltaessa sairausvakuutuksesta maksettujen sairaanhoitokorvausten, sairauspäivärahojen ja kuntoutuksen (nk. terveysturva) jakautumista kunnittain voidaan todeta, että suurimmissa kaupungeissa sen osuus on viidennes terveydenhuollon kustannuksista. Suurimmillaan Kelan maksaman terveysturvan osuus on vajaa kolmannes kunnan asukkaiden terveydenhuollosta aiheutuneista kuluista. Kelan vuonna 2009 maksaman terveysturvan osuus oli pääsääntöisesti suurin pienissä, alle 3 000 asukkaalla kunnissa.<sup>20</sup>

Sairausvakuutuskorvauksia maksetaan enemmän naisille kuin miehille. Korvauksia kuitenkin myönnetään samoin perustein sukupuolesta riippumatta. Eroja sukupuolten välillä syntyy sukupuolten välisistä eroista sairastavuudessa ja terveydenhuoltopalvelujen käytössä. Sairaanhoitokorvausten saajat kuitenkin jakaantuvat sukupuolittain palveluiden erilaisen käytön

<sup>20</sup> Hujanen Timo, Tervola Jussi, Maljanen Timo ja Mikkola Hennamari. Sairausvakuutuksesta (sv) rahoitetun terveysturvan merkitys terveydenhuollossa – tarvitseeko köyhä kunta enemmän sv-rahoitusta kuin rikas? Teoksessa: Klavus Jan (toim.). Terveystaloustiede 2011. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki 2011.

vuoksi (taulukko 3). Naiset käyttävät enemmän terveydenhuollon palveluita ja saavat enemmän korvauksia sekä yksityislääkäreiden että yksityishammaslääkäreiden palkkioista. Hammashoidon korvauksista naisten osuus ei ole niin suuri kuin lääkärinpalkkioiden korvauksista. Myös lääkkeistä maksettiin korvauksia naisille hieman miehiä enemmän. Kuitenkin keskimääräinen korvausprosentti on lääkärinpalkkioita lukuun ottamatta miehillä hieman korkeampi kuin naisilla.

Taulukko 3. Korvausten saajat, maksetut korvaukset ja keskimääräinen korvausprosentti sukupuolen perusteella etuuslajeittain, vuosi 2011.

Etuuslaji	Saajat		Korvaukset, euroa		Korvaus%	
	Miehet	Naiset	Miehet	Naiset	Miehet	Naiset
<b>Yhteensä</b>	1 951 179	2 269 390	859 500 916	951 942 134	63,5	57,8
<b>Lääkkeet</b>	1 755 619	2 099 581	608 936 850	653 129 114	74,7	69,6
<b>Lääkärin palkkiot</b>	607 292	1 016 271	28 250 242	45 570 022	22,7	23,5
<b>Hammashoito</b>	465 747	595 532	56 757 535	66 853 594	34,7	34,4
<b>Tutkimus ja hoito</b>	412 036	682 618	29 648 097	46 678 095	29,2	28,6
<b>Matkat</b>	319 180	375 086	135 908 192	139 711 309	91,2	89,8

Lähde: Kelasto.

Sairausvakuutuksesta korvattava yksityinen terveydenhuolto tarjoaa potilaalle vaihtoehdon ja lisää valinnanvapautta. Korvausjärjestelmän vaikeaselkoisuus saattaa rajoittaa tosiasiallista valinnanvapautta. Sairausvakuutuksen korvausjärjestelmän monimutkaisuuteen onkin kiinnitetty viime vuosina runsaasti huomiota. Korvausperusteita ja taksajärjestelmää on pidetty rakenteeltaan monimutkaisena, hallinnollisesti työläänä ja asiakkaalle vaikeasti hahmottavana kokonaisuutena. Sosiaali- ja terveysministeriön asettama sairausvakuutuksen sairaanhoitovakuutuksen kehittämistyöryhmä kiinnitti huomiota taksajärjestelmän vaikeaselkoisuuteen ehdottaessaan euromääräiseen korvausjärjestelmään siirtymistä <sup>21</sup>. Myös valtiontalouden tarkastusviraston mukaan mahdollisuuksia järjestelmän ymmärrettävyyden parantamiseksi ja kustannusten hillitsemiseksi tulee selvittää ja sairausvakuutusjärjestelmää tulee kehittää aktiivisesti <sup>22</sup>.

Sairaanhoitovakuutusta voidaan pitää julkisen rahoittajan kannalta edullisena tapana rahoittaa terveydenhuoltopalveluiden käyttöä. Sairausvakuutuksesta korvataan suuri määrä lääkärikäyntejä pienin hallinnollisin kustannuksin. Voidaan myös olettaa, että henkilöt, joille maksetaan paljon sairaanhoitokorvauksia yksityisen terveydenhuollon palveluiden käytön kustannuksista, ovat poissa julkisen terveydenhuollon jonoista, mikä osaltaan helpottaa julkisen terveydenhuollon painetta. Sairaanhoitokorvausten vaikutusta julkisen terveydenhuollon käyttöön ei kuitenkaan ole tutkittu. Sairausvakuutuksen edullisuuden kääntöpuolena on kuitenkin vakuutettujen kaiken aikaa kasvava maksuosuus.

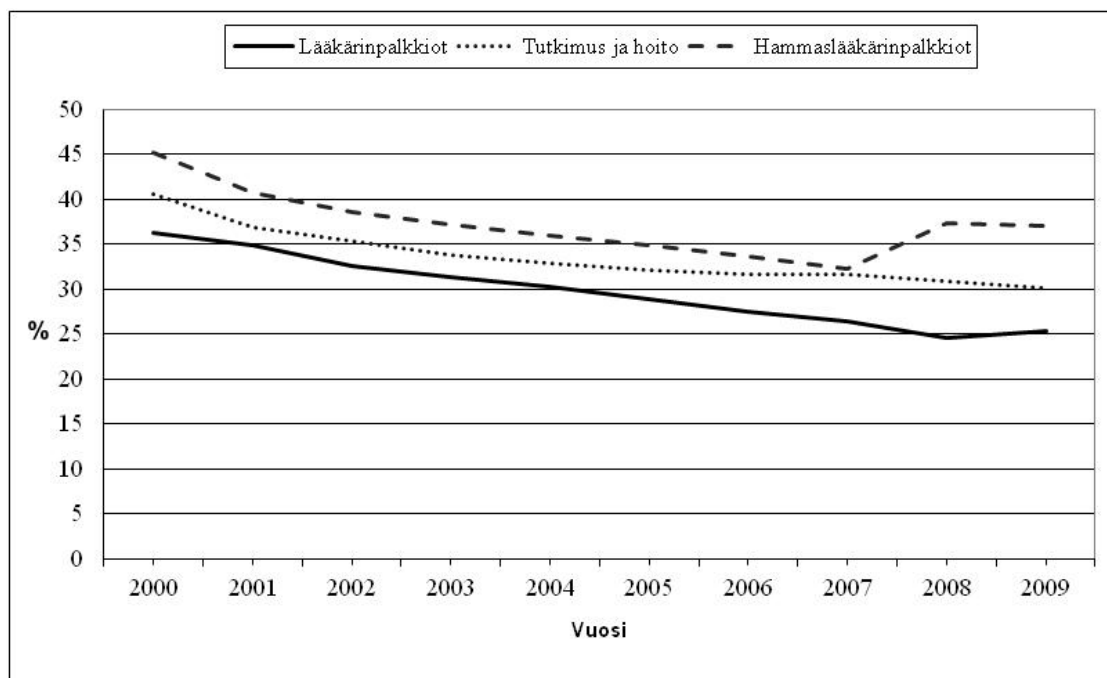
## Korvaustaso

Sairausvakuutuksen korvaustaksojen perusteet ja enimmäismäärät säädetään valtioneuvoston asetuksella, jonka perusteella Kansaneläkelaitos vahvistaa korvaustaksat. Eri toimenpiteiden korvaustaksoja korotettiin suhteellisen usein 1970- ja 1980-luvulla, jonka jälkeen taksoja on korotettu varsin harvoin. Tämän seurauksena sairausvakuutuskorvausten osuus vakuutettujen hoidon kustannuksista yksityisellä sektorilla on ajan myötä laskenut (kuvio 12). Erääksi syyksi

<sup>21</sup> Sosiaali- ja terveysministeriö. Sairaanhoitovakuutuksen kehittäminen. Sairausvakuutuksen sairaanhoitovakuutuksen kehittämistyöryhmän muistio. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2007:34. Helsinki 2007.

<sup>22</sup> Valtiontalouden tarkastusvirasto. Tuloksellisuustarkastuskertomus 228/2011. Sairaanhoitovakuutus – erityisesti korvaukset yksityislääkäreiden ja yksityishammaslääkäreiden palkkioista. Valtiontalouden tarkastusviraston tarkastuskertomus 6/2011. Helsinki 2011.

siihen, ettei korvaustaksoja ole nostettu, on esitetty epäilyä siitä, että taksojen korotukset valuisivat hintoihin eivätkä siten hyödyttäisi palvelujen käyttäjiä.



Kuvio 12. Sairausvakuutuksen korvaama osuus vakuutettujen sairaanhoitokustannuksista yksityisellä sektorilla vuosina 2000–2009, %.

Lähde: Maljanen Timo, Komu Merja ja Mikkola Hennomari. Sairausvakuutuksen taksankorotusten vaikutus hammaslääkärien perimiin palkkioihin. Teoksessa: Klavus Jan (toim.). Terveystaloustiede 2011. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki 2011.

Vuoden 2008 alussa hammaslääkäripalkkioiden korvaustaksoihin tehtiin korotus, jonka tavoitteena oli saavuttaa Matti Vanhasen II hallituksen hallitusohjelmaan kirjattu 40 prosentin korvaustaso. Korvaustaksoja korotettiin keskimäärin 28 prosenttia. Korvaustason nostamisen tarkoituksena oli helpottaa hoitoon pääsyä ja edistää sairausvakuutuksen roolia julkista terveydenhuoltoa täydentävänä. Korvauksen vaikutuksesta perittyihin palkkioihin tehdyssä tutkimuksessa (taulukko 4) on havaittu, että taksankorotuksesta noin 30–40 prosenttia on siirtynyt hammaslääkärien perimiin palkkioihin. Nykyinen järjestelmä sisältää siten riskin, että mahdolliset taksankorotukset siirtyvät hintoihin.

Taulukko 4. Sairausvakuutuksen taksankorotusten vaikutus hammaslääkärien perimiin palkkioihin.

Toimenpide	Taksa (€) 2007	Taksa (€) 2008	Potilaille maksettavan korvauksen nousu (€), 2007–2008	Palkkionnousu (€), joka seurausta taksankorotuksesta	Osuus (%) taksankorotuksesta, joka siirtyi hammaslääkärien palkkioihin
<b>EBA00 hampaan poisto</b>	26,41	33,0	3,95	1,59	40,2
<b>SAA02 suun perustutkimus</b>	26,41	33,0	3,95	1,29	32,6
<b>SBB20 hammasröntgen</b>	11,60	12,0	0,24	0,27	100,0
<b>SFA10 yhden pinnan täyte</b>	26,41	33,0	3,95	1,21	30,6
<b>SFA20 kahden pinnan täyte</b>	43,73	55,0	6,76	2,22	32,8

Lähde: Maljanen Timo, Komu Merja ja Mikkola Hennomari. Sairausvakuutuksen taksankorotusten vaikutus hammaslääkärien perimiin palkkioihin. Teoksessa: Klavus Jan (toim.). Terveystaloustiede 2011. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki 2011.



Kelan sairaanhoitokorvaustietoja sisältävien rekistereiden perusteella havaitaan, että yksityisissä terveydenhuoltopalveluissa on hintaeroja. Esimerkiksi perityt lääkäripalkkiot olivat Pirkanmaalla kaikilla taulukossa 5 tarkastelluilla erikoisaloilla koko maan keskiarvoja alhaisemmat. Toimenpiteistä suurimmat hintojen keskihajonnat olivat lannerangan vahvakenttä-magneettitutkimuksella ja polven magneettitutkimuksella. Palkkioissa havaitut suuret hintaerot antavat viitteitä siitä, että yksityisten terveystalouksien kilpailun toimivuudessa on puutteita ja alueellisia eroja. Yhtenä kilpailun edistämisen keinona voidaan käyttää palvelusta perittävän hinnan käyttämistä korvauksen tai sen tason edellytyksenä. Näin toimitaan esimerkiksi erilaisissa lääkkeiden viitehintajärjestelmissä. Mikäli valmisteen hinta ylittää viitehintajärjestelmässä asetetun rajan, joutuu potilas maksamaan ylittävän osuuden osin tai kokonaan itse. Järjestelmällä pyritään edistämään valmistajien välistä hintakilpailua ja potilaiden hintatietoisuutta.

Taulukko 5. Yksityislääkärin vastaanotto. Sairaanhoitopiireittäin koko maan käyntimäärillä painotetut hintojen yhteisindeksit (koko maan keskihinta = 100), vuosi 2011.

Sairaanhoitopiiri <sup>a</sup>	Yhteensä <sup>b</sup>	Iho- ja sukupuolitaudit	Kirurgia (ortopedia ja traumatologia)	Korva-, nenä- ja kurkkutaudit	Lastentaudit	Naistentaudit ja synnytys	Psykiatria	Silmätaudit	Sisätaudit	Yleislääketiede	Yleisaikant
Ahvenanmaa	113,1	109,6	162,7	106,6	109,5	122,4	102,3	96,2	106,8	134,9	103,9
Etelä-Karjala	100,6	91,1	84,9	93,1	103,7	99,6	99,3	101,3	97,1	99,8	109,9
Etelä-Pohjanmaa	100,8	97,7	95,5	99,8	102,3	101,0	103,3	105,1	86,2	94,6	103,9
Etelä-Savo	92,5	103,0	103,7	99,8	96,5	91,1	102,3	89,7	92,2	80,6	89,9
Helsinki ja Uusimaa	100,5	93,8	99,0	95,8	103,7	99,6	108,3	116,7	108,0	96,3	91,9
Itä-Savo	101,7	103,0	94,3	86,3	103,7	106,7	105,3	109,0	99,5	106,8	97,9
Kainuu	107,6	125,4	101,4	94,4	93,6	103,9	113,2	97,4	106,8	112,1	121,9
Kanta-Häme	93,3	92,4	93,1	94,4	99,4	96,8	104,3	98,7	88,6	85,8	87,9
Keski-Pohjanmaa	92,3	99,0	100,2	102,5	77,8	86,8	83,4	94,9	111,6	99,8	86,9
Keski-Suomi	103,4	105,6	92,0	105,2	98,0	113,8	99,3	94,9	99,5	106,8	105,9
Kymenlaakso	96,3	91,1	90,8	98,5	113,8	93,9	96,3	101,3	88,6	91,1	93,9
Lappi	98,2	96,4	101,4	97,1	87,9	103,9	106,3	98,7	100,7	99,8	95,9
Länsi-Pohja	101,9	125,4	109,6	120,0	85,0	88,2	101,3	103,8	98,3	103,3	99,9
Pirkanmaa	94,2	93,8	90,8	99,8	98,0	99,6	90,4	98,7	97,1	80,6	89,9
Pohjois-Karjala	100,7	97,7	94,3	94,4	102,3	115,3	102,3	97,4	105,6	92,8	99,9
Pohjois-Pohjanmaa	111,4	108,3	104,9	120,0	119,6	106,7	91,4	105,1	122,6	105,1	117,9
Pohjois-Savo	97,9	96,4	96,7	101,2	103,7	92,5	88,4	94,9	115,3	91,1	101,9
Päijät-Häme	98,6	89,8	92,0	97,1	95,1	103,9	94,4	97,4	92,2	101,6	101,9
Satakunta	92,7	92,4	90,8	97,1	93,6	84,0	94,4	93,6	86,2	101,6	93,9
Vaasa	100,5	96,4	103,7	90,4	95,1	88,2	110,3	98,7	97,1	115,6	109,9
Varsinais-Suomi	100,7	96,4	95,5	105,2	110,9	101,0	95,4	97,4	97,1	99,8	101,9
Koko maa	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Koko maa, ka palkkio		75,73 €	84,82 €	74,14 €	69,41 €	70,27 €	100,68 €	78,00 €	82,41 €	57,09 €	50,05 €

<sup>a</sup> Sairaanhoitopiiri määräytyy asiakkaan kotikunnan mukaan.

<sup>b</sup> Vastaanottokäynnin pituus: psykiatria enintään 60 minuuttia, silmätaudit ja sisätaudit enintään 30 minuuttia, muut enintään 20 minuuttia.

Lähde: Koskinen Hanna, Tuominen Ulla ja Mikkola Hennamari. Kuluttajat – vertailkaa yksityisten palvelujen hintoja! Hoivapalvelut 4, 2012.

Jos lääkäripalkkiosta maksettavien korvausten hintakatoksi asetettaisiin valtakunnallinen mediaanihinta ja kaikki lääkärit veloittaisivat mediaanihinnan, säästäisivät potilaat yhteensä lähes 6 miljoonaa euroa vuodessa. Jos alle mediaanipalkkion veloittaneet lääkärit eivät muuttaisi hinnoitteluaan, potilaiden säästö olisi vieläkin suurempi, noin 20 miljoonaa euroa vuodessa.<sup>23</sup> Hintakaton asettamisen heikkoutena voidaan pitää sitä, että palkkiot saattavat asettua vähitellen kattohintaan mikäli kilpailu ei toimi.

<sup>23</sup> Maljanen Timo, Koskinen Hanna ja Mikkola Hennamari. Hintasääntely yksityisissä lääkäripalveluissa - paljonko potilaat voittaisivat? Teoksessa: Klavus Jan (toim.). Terveystaloustiede 2013. Terveystaloustiede 2013. Terveystaloustiede 2013.

Korvausjärjestelmän selkeyttäminen ja hintojen näkyvyyden lisääminen voivat osaltaan helpottaa hintojen vertailtavuutta ja edistää hintakilpailua. Lääkärin- ja hammaslääkärinpalkkioiden sekä tutkimuksen ja hoidon korvauksissa siirryttiin euromääräiseen korvausmenettelyyn vuoden 2013 alusta (laki sairausvakuutuslain muuttamisesta ja väliaikaisesta muuttamisesta 622/2012). Euromääräiseen korvausmenettelyyn siirtyminen selkeyttää lääkärin- ja hammaslääkärin palkkioiden sekä tutkimuksen ja hoidon korvausperusteita ja helpottaa hintojen vertailtavuutta. Vakuutetulla on jo palveluihin hakeutuessaan tiedossa sairausvakuutuksesta maksettava ja hänen maksettavakseen jäävä osuus yksityisen terveydenhuollon kustannuksista. Eri palveluntuottajien perimät palkkiot vaihtelevat suuresti, joten vakuutetulle jäävän maksuosuuden helpompi vertaileminen voi myös osaltaan edistää hintakilpailua.

Hintojen läpinäkyvyyttä edistää myös Kelan alkuvuonna 2012 julkaisema vapaasti internetissä ([www.kela.fi/hintavertailu](http://www.kela.fi/hintavertailu)) luettava raportti yleisimmistä yksityisistä sairaanhoitopalveluista perityistä keskimääräisistä palkkioista. Maksuja voidaan tarkastella kunnittain sekä laajempien aluejakojen mukaan ryhmiteltynä. Kelan raportti sisältää tiedot yleislääkäreiden, yhdeksän yleisen erikoisalalan erikoislääkäreiden sekä hammaslääkärien perimistä keskimääräisistä palkkioista. Lisäksi raportissa on hintatiedot yleisimmistä röntgen- ja laboratoriotutkimuksista, eräistä sairaanhoitajien antamista hoidoista ja fysioterapiasta. Tiedot perustuvat sairausvakuutuskorvausten maksamisen yhteydessä muodostuvaan rekisteriin. Keskimääräiset kustannustiedot on laskettu vuositasona. Tiedot päivitetään vuosittain helmikuussa.

### *Hoidon porrastus, työnjako ja moniammatillisuus*

Julkisessa terveydenhuollossa työvoiman saatavuutta ja riittävyyttä on turvattu lisäämällä terveydenhuollon eri henkilöstöryhmien välistä työnjakoa työnjaon uudistamiseen perustuvassa terveyshankkeessa vuosina 2002–2007 sekä muussa kuntien ja kuntayhtymien kehittämistyössä. Työnjaon uudistamiseen perustuvat hoitajavastaanotot ovat osa terveyskeskuksen ja sairaalan poliklinikan moniammatillista tiimityötä. Tarvittaessa potilas pääsee aina lääkärin vastaanotolle.

Terveyskeskuksen hoitajavastaanottokäynnit muodostavat enimmillään 50–60 prosenttia lääkärin ja hoitajien yhteenlasketuista vastaanottokäynneistä ja sairaanhoitajan päivystysvastaanottokäynnit noin kolmasosan yhteenlasketuista päivystyskäynneistä. Potilaiden määrän päivystyksessä on todettu vähentyneen puhelinneuvonnan ja hoitajavastaanottoiminnan seurauksena. Työnjaon uudistamisen on arvioitu parantaneen myös terveyskeskuksen vastaanottoiminnan tuottavuutta.

Perusterveydenhuollossa on otettu käyttöön hoitajavastaanottoja terveyskeskuksen ajanvaraus- ja päivystysvastaanotolla sekä hoitajan laajennettuja tehtäväkuvia kotisairaanhoidossa ja äitiys- ja perhesuunnitteluneuvolassa. Erikoissairaanhoidossa on käynnistetty hoitajavastaanottoja noin 20 potilasryhmän seurannassa ja hoidossa lääketieteen eri erikoisalojen poliklinikoilla. Ultraäänihoitajan lisäkoulutuksen saaneet sairaanhoitajat, röntgenhoitajat ja kättilöt voivat tehdä seulontatutkimuksia ja muita ultraäänitutkimuksia. Lähi- ja perushoitajien tehtäväkuvia on laajennettu vastaanottohoitajana, puhelinneuvonnassa sekä sairaanhoidollisissa ja laboratoriolähetteisiin liittyvissä tehtävissä ja lääkehoidon toteuttamisessa.

Potilaat tulevat hoitajan vastaanotolle ajanvarauksen kautta tai päivystyksenä, tai lääkäri voi kirjoittaa potilaalle lähteen hoitajan vastaanotolle. Sairaanhoitajan ja terveydenhoitajan vastaanotto voidaan järjestää lääkärivastaanoton rinnalla toimivana, hoitaja-lääkäri -työparityöskentelynä tai lääkärin etäkonsultaation tukemana.

Fysioterapeuttien vastaanottoimintaa on kehitetty terveyskeskuksissa tuki- ja liikuntaelinsairauksien hoidossa sekä sydän- ja verisuonitautien ja diabeteksen sairastumisriskissä olevien elämäntapamuutosten tukemisessa. Erikoissairaanhoidossa fysioterapeutin tehtäväkuvia on laajennettu esimerkiksi neurologisten potilaiden toimintakyvyn ja hermo-lihasjärjestelmän toiminnan arvioinnissa, lantionpohjatutkimusten ja -hoitotoimenpiteiden tekemisessä sekä eturauhassyöpöpotilaiden seurannassa. Sosiaali- ja terveydenhuollon yhdistetyissä organisaatioissa

on kehitetty palveluja yhteen sovittavaa kotihoito- ja kotiutumiskäytäntöä, PALKO-mallia, jossa koordinoidaan erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon, sosiaalihuollon sekä yksityisen ja kolmannen sektorin palveluja potilaan hoidon ja palvelujen kokonaisuuden edellyttämällä tavalla.

Yksityisessä terveydenhuollossa ei ole käytössä vastaavaa hoidon porrastusta kuin julkisessa terveydenhuollossa, vaan potilas voi hakeutua suoraan erikoislääkärille ja saada korvauksen syntyneistä kustannuksista. Hoidon porrastuksen puuttumista on joissain tilanteissa kritisoitu siitä, että erikoislääkärin vastaanotolle voi hakeutua, vaikka sairautta voitaisiin hoitaa yleislääkärin vastaanotolla. Erikoislääkäri ei myöskään aina arvioi yleislääkärin tavoin potilaan kokonaistilannetta, jolloin kokonaishoitovastuu jää epäselväksi. Toisaalta yksityisestä terveydenhuollosta haetaan tyypillisesti hoitoa ennalta tiedettyyn sairauteen samalla kun hoitosuhde jatkuu esimerkiksi terveyskeskuksessa.

Jos yleislääkärin lähete olisi edellytyksenä hoitoon hakeutumiselle yksityiseen erikoissairaanhoidon, terveyskeskuskäynnit oletettavasti lisääntyisivät, koska lähetteen saisi edullisemmin julkisesta terveydenhuollosta kuin yksityisessä terveydenhuollossa toimivan yleislääkärin vastaanotolla. Yhtenä vaihtoehtona sairausvakuutuksen korvaustason nostamiseksi on myös esitetty korvattavuuden rajoittamista pelkästään erikoislääkärikäynteihin. Tällaisen rajoituksen seurauksena hoitoon hakeutuminen terveyskeskuksiin kuitenkin lisääntyisi huomattavasti.

Sairausvakuutusta on myös kritisoitu julkisen erikoissairaanhoidon kuormittamisesta, koska sairausvakuutuksesta korvatulta yksityislääkärinvastaanotolta voi saada lähetteen erikoissairaanhoidon. Lähtökohtana on, että sairausvakuutuksesta korvatussa yksityisessä terveydenhuollossa käytetään samoja yhtenäisen kiireettömän hoidon perusteita kuin julkisessa terveydenhuollossa. Kansaneläkelaitos lähetti hoitotakuun voimaan tullessa kaikille lääkäreille, hammaslääkäreille ja terveydenhuollon palvelujen tuottajille tiedotteen, jossa se suositteli, että myös yksityissektorilla toimivat henkilöt ottavat hoitopäätöksiä tehdessään huomioon yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet<sup>24</sup>. Valtiontalouden tarkastusvirasto kiinnitti kuitenkin huomiota siihen, että vaikka kiireettömän hoidon perusteet ovat julkisella ja yksityisellä sektorilla yhtenäiset, tulkitaan niitä eri tavoin<sup>25</sup>.

THL:n hoitoilmoitusrekisterin mukaan vuonna 2011 psykiatrisen vuodeosaston hoitojaksolle lähetteen kirjoitti vajaassa kahdessa prosentissa yksityinen terveydenhuolto. Vastaava luku oli somaattisen vuodeosastohoidon kohdalla hieman yli 9 prosenttia. Työterveyshuollon läheteitä sekä psykiatrisen että somaattisen vuodeosastohoidon hoitojaksolle oli alle yksi prosentti. Päiväkirurgiassa yksityinen terveydenhuolto toimi merkittävänä hoitojakson läheteiden kirjoittajana. Vuonna 2011 koko maan tasolla päiväkirurgisen hoitojakson lähteet tulivat noin 49 prosentissa yksityisestä terveydenhuollosta. Yleisintä tämä oli Kymenlaakson sairaanhoitopiirissä (noin 58 %) ja vähäisintä Ahvenanmaata lukuun ottamatta Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirissä (noin 18%). Työterveyshuollon läheteiden osuus oli koko maan tasolla 3,5 prosenttia. Yksityisen terveydenhuollon läheteiden osuudessa esiintyi myös erikoisalakohtaisia eroja. Yleisintä yksityisen terveydenhuollon lähteet olivat silmätautien erikoisalalla, jossa ne muodostivat lähes 38 prosenttia vuodeosastohoidon lähteistä ja yli 70 prosenttia päiväkirurgian hoitojakson lähteistä. Myös korva-, nenä- ja kurkkutautien erikoisalalla yksityisen terveydenhuollon lähteet olivat yleisiä.

Toisaalta ei ole havaittu, että yksityisestä terveydenhuollosta lähetettäisiin tarpeettomasti hoitoon julkiseen erikoissairaanhoidon. Näin ollen lähetteen saaminen sairausvakuutuksesta korvatussa terveydenhuollosta erikoissairaanhoidon voi osaltaan helpottaa hoitoon pääsyä. Työryhmän kuultavana olleen Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin hallintoylilääkärin mukaan yksityisen terveydenhuollon läheteellä erikoissairaanhoidon saapuvat potilaat ovat

<sup>24</sup> Kansaneläkelaitos. Lääkäreille, hammaslääkäreille ja terveydenhuollon palvelujen tuottajille. Yhtenäiset hoitoon pääsyn perusteet ja sairaanhoitokorvaukset 3/322/2005.

<sup>25</sup> Valtiontalouden tarkastusvirasto. Hoitotakuu. Valtiontalouden tarkastusviraston toiminnantarkastuskertomus 167/2008. Helsinki 2008.

perusteellisesti tutkittuja eikä hän nähnyt yksityisen sairaanhoidon läheteitä erikoissairaanhoidon kannalta ongelmana.

Terveydenhuollon ammattihenkilöiden välistä työnjakoa yksityisessä terveydenhuollossa rajoittaa sairausvakuutuksen korvausjärjestelmän sisäinen lähetekäytäntö. Sairausvakuutuslain lähtökohtana on, että tutkimusta ja hoitoa korvataan vain yksityisessä terveydenhuollossa toimivan lääkärin tai hammaslääkärin läheteellä. Jos terveystieteiden lääkäri tai sairaalalääkäri kirjoittaa lähteen ja ohjaa asiakkaan hakeutumaan hoitoon yksityiselle palvelujen tuottajalle, hoitoa ei korvata sairausvakuutuksesta. Lähtökohtana on, että potilaan tulisi saada tarpeellinen sairaanhoito julkisesta terveydenhuollosta, jos hän hakeutuu julkiseen terveydenhuoltoon hoitoon. Sairausvakuutuslain julkisen terveydenhuollon ja yksityisen sairaanhoidon korvauksien välisen rajapinnan selkiyttämistä koskevilla säännöksillä on pyritty tukemaan oikeasuuntaisia ratkaisuja silloin, kun on kyse julkisen sektorin toteutettavaksi säädetystä terveydenhuollosta. Kunnallisen terveydenhuollon toimenpiteiden ja palvelujen ja toisaalta sairausvakuutuslain mukaan korvattavien toimenpiteiden ja palveluiden välistä jakoa koskevien säännösten tarkoituksena on varmistaa julkisen ja yksityisen terveydenhuollon välisen työnjaon oikeasuuntainen kehitys ja resurssien oikea kohdentaminen.

Poikkeuksena sairausvakuutuslain yleisestä lähetekäytännöstä ovat fysioterapia (ml. valohoito) ja rintamaveteraanien hammashuollon järjestämisestä ja korvaamisesta annetun lain mukaan korvattu erikoishammasteknikon työ, joiden kustannuksista suoritetaan korvausta myös silloin, kun terveystieteiden lääkäri tai sairaalalääkäri on kirjoittanut lähteen ja ohjannut hakijan yksityiselle sektorille tällaiseen hoitoon. Perusteluna fysioterapian ja valohoidon muusta sairausvakuutuslain mukaisen tutkimuksen ja hoidon korvaamisesta poikkeavalle lähetekäytännölle on ollut palveluiden saatavuus.

Julkisen terveydenhuollon ja työterveyshuollon lääkärin antamat fysioterapiamääräykset muodostavat huomattavan osan Kansaneläkelaitoksen korvaamasta fysioterapiasta. Fysioterapiaa oli vuonna 2012 korvattu julkisessa terveydenhuollossa (terveyskeskus ja erikoissairaanhoito) toimivan lääkärin läheteellä 41 prosentissa, yksityisessä terveydenhuollossa (yksityislääkäri ja kuntoutuslaitos) toimivan lääkärin läheteellä 22 prosentissa ja työterveyshuollon lääkärin läheteellä 31 prosentissa määräyskerroista. Nykyistä lähetekäytäntöä voidaan pitää palvelujen tuottamisen kannalta ongelmallisena, sillä se ei kannusta julkista sektoria tuottamaan tarvittavia fysioterapiapalveluja.

Nykyisillä korvaustasoilla sairausvakuutuksella ei ole juurikaan ohjausvaikutusta yksityisen terveydenhuollon toimintaan. Korvausjärjestelmällä ei siten voida merkittävästi vaikuttaa esimerkiksi työnjaon kehittämiseen yksityisessä terveydenhuollossa, ellei korvattavuuden piiriä laajenneta koskemaan uusia ammatinharjoittajia tai lääkärin tai hammaslääkärin määräämän tutkimuksen ja hoidon, kuten sairaanhoidon käynnin, korvaustaksaa nosteta merkittävästi nykyisestä. Lähetekäytännön rinnalla sairausvakuutuksesta korvattavan yksityisen terveydenhuollon työnjaon kehittämistä vaikeuttaa sairausvakuutuksesta tyypillisesti korvattavan sairaanhoidon luonne. Kysyntä on ohjannut yksityisen sairaanhoidon palveluita hoitoihin ja tutkimuksiin, joita ei yleensä voida tehdä hoitajavastaanotolla. Lähes kolmannes erikoislääkärinpalkkioiden korvauksista maksetaan gynekologien ja silmätautien erikoislääkärikäyntien kustannuksista. Lisäksi työnjaon kehittämistä vaikeuttaa hoitajien koulutus, joka ei sisällä koulutusta itsenäisen vastaanoton pitämiseen, vaan koulutus järjestetään työpaikalla.

### *Sairauspoissaolot, sairauspäivärahat ja hoitotakuu*

Sairausvakuutuksen työtulovakuutus korvaa ansionmenetystä sairauspäivärahana samasta sairaudesta aiheutuneesta työkyvyttömyydestä enintään 300 arkipäivän ajalta, joko yhtäjaksoisesti tai jaksoitettuna potilaan ollessa välillä työssä. Sairauspäivärahaa maksetaan 9 arkipäivän pituisen omavastuuajan jälkeen. Työsopimuslain mukaan työnantaja maksaa työntekijälle palkkaa

omavastuuajan ajalta. Useimmilla toimialoilla työnantajan palkanmaksuvelvollisuus jatkuu myös omavastuuajan jälkeen, jolloin sairauspäiväraha maksetaan työnantajalle.

Hoitotakuu tuli Suomessa voimaan maaliskuussa 2005. Sen tarpeellisuutta perusteltiin oikeudenmukaisuudella, yhdenvertaisuudella ja kustannussäästöillä. Oletettiin, että säästöjä syntyisi työnantajille sairauslomakuluissa, valtiolle sairausvakuutusmenoissa kuten sairauspäivärahat, työkyvyttömyyseläkkeet ja lääkekorvaukset, potilaille lääkekustannuksissa ja perusterveydenhuollolle palveluiden käytössä. Toisaalta valtiontalouden tarkastusviraston sairaanhoitopiirien ja perusterveydenhuollon edustajille suorittamassa haastattelussa nousi esille se, että ennen hoitotakuuta oli mahdollista priorisoida työikäisten ja heistä erityisesti sairauspäivärahaa saavien nopeaa hoitoon pääsyä. Hoitotakuun myötä priorisointimahdollisuuksia rajattiin merkittävästi.<sup>26</sup> On myös esitetty, että koska sairausvakuutus vastaa jonotuksen aikaisten sairauspäivärahakorvausten maksusta, kunnilla ei ole kannusteita jonojen lyhentämiseen.

Vuonna 2011 maksetuista sairauspäivärahakorvauksista noin 53 prosentissa tapauksista etuus maksettiin tuki- ja liikuntaelinten sekä sidekudosten sairauden tai mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriön vuoksi (taulukko 6). Eri sairausryhmien, sairauspäivärahakorvausten ja jonotusajan pituuden välisestä yhteydestä on niukasti tietoa.

Vuonna 2008 Kela maksoi täyttä sairauspäivärahaa yhteensä 16 265 205 arkipäivältä. Näistä päivistä noin 2,1 prosenttia osui sellaisten leikkaustoimenpiteiden odotusaikoihin, joiden diagnoosi oli todennäköisessä yhteydessä samanaikaisesti maksetun sairauspäivärahan diagnoosiin. Sairauspäivärahakorvauksina tämä oli 17,3 miljoonaa euroa. Jos näiden toimenpiteiden jonoissa vietettyä aikaa lyhennettäisiin esimerkiksi 20 prosenttia, saavutettaisiin noin 3,5 miljoonan euron säästöt sairauspäivärahakorvauksissa, olettaen toimenpiteen palauttavan työkyvyn. Sairauspäivärahan kuluihin ei luonnollisestikaan vaikuta niiden leikkausjonojen lyhentäminen, joihin ei liity työkyvyttömyyttä. Näiden osuus oli noin 90 prosenttia leikkausjonoista vuonna 2008.<sup>27</sup>

<sup>26</sup> Valtiontalouden tarkastusvirasto. Hoitotakuu. Valtiontalouden tarkastusviraston toiminnantarkastuskertomus 167/2008. Helsinki 2008.

<sup>27</sup> Virta Lauri, Keskimäki Ilmo ja Mikkola Hennamari. Kuinka paljon Kelan sairauspäivärahaa maksettiin leikkausten odotusaikana – laskelmia vuoden 2008 aineistolla. Teoksessa: Klavus Jan (toim.). Terveystaloustiede 2013. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki 2013.

Taulukko 6. Sairauspäivärahan saajat, maksetut etuudet ja korvatut päivät sairausryhmittäin vuonna 2011.

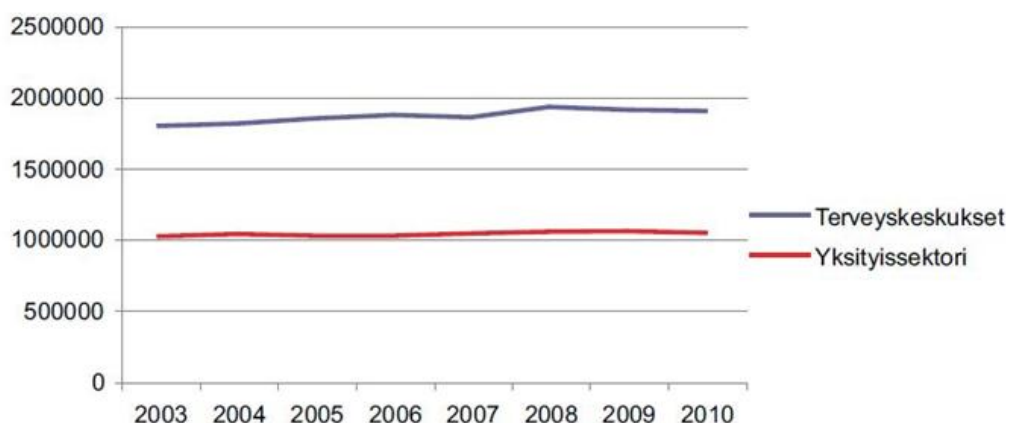
Sairausryhmä	Saajat	Maksetut etuudet (€)	Korvatut päivät
<b>Yhteensä</b>	323 468	850 787 934	16 142 600
<b>A00-B99 Tartunta- ja loistaudit</b>	4 679	4 979 154	87 057
<b>C00-D49 Kasvaimet</b>	15 227	67 433 842	1 106 402
<b>E00-E99 Umpieritys-, ravitsemus- ja aineenvaihduntasairaudet</b>	3 113	6 309 650	121 160
<b>F00-F99 Mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöt</b>	60 047	180 409 075	3 904 953
<b>G00-G99 Hermoston sairaudet</b>	14 687	39 269 914	744 858
<b>H00-H59 Silmän ja sen apuelinten sairaudet</b>	5 146	7 993 315	132 357
<b>H60-H99 Korvan ja kartiolisäkkeen sairaudet</b>	1 979	2 683 084	46 023
<b>I00-I99 Verenkiertoelinten sairaudet</b>	15 783	49 228 293	856 792
<b>J00-J99 Hengityselinten sairaudet</b>	22 822	18 796 495	333 970
<b>K00-K99 Ruoansulatuselinten sairaudet</b>	16 105	20 480 557	355 029
<b>L00-L99 Ihon ja ihonalaiskudoksen sairaudet</b>	4 209	5 698 222	105 959
<b>M00-M99 Tuki- ja liikuntaelinten sekä sidekudoksen sairaudet</b>	112 955	301 161 295	5 452 627
<b>N00-N99 Virtsa- ja sukupuolielinten sairaudet</b>	7 287	7 775 738	135 214
<b>O00-O99 Raskaus, synnytys ja lapsivuoteus</b>	10 737	14 239 457	261 154
<b>S00-T99 Vammat, myrkytykset ja muut ulk. syiden seur.</b>	53 643	127 419 791	2 259 235
<b>Muut sairaudet</b>	7 967	12 708 800	237 698

Lähde: Kelasto.

### 3.4.2 Suun terveydenhuolto

Kunnallisessa terveydenhuollossa viime vuosina toteutettuja keskeisimpiä uudistuksia ovat koko väestöä koskeva hammashuollon uudistus sekä kiireettömän hoidon järjestämisen 1.3.2005 voimaan tulleet määräajat. Uudistukset merkitsivät aikuisten suun terveydenhuollon palvelujen uudelleen järjestämistä. Terveyskeskusten suun terveydenhuollossa hoitoon pääsy on parantunut aikaisempiin vuosiin verrattuna, mutta vuoden 2009 aikana jonot lähtivät uudelleen kasvuun, vaikka toimintakäytäntöjä on tehostettu ja suuhygienistien osuutta hoidon toteutuksessa on merkittävästi lisätty. Ongelmana on myös ollut hammaslääkäripula, joka on pitkään vaikeuttanut hoitotakuun toteuttamista terveyskeskuksissa. Tilanteeseen on haettu ratkaisua lisäämällä hammaslääkärikoulutusta nykyisissä koulutusyksiköissä sekä käynnistämällä hammaslääkärikoulutus Itä-Suomen yliopistossa Kuopiossa vuonna 2010. Koulutuksen lisäysvaikutukset tulevat kuitenkin näkymään vasta viiveellä. Hoitoon pääsyä on tehostettu uudistamalla työnjaon käytäntöjä ja vahvistamalla terveyden edistämistä kaikissa hoitokohtaamisissa yhtenäisissä kiireettömän hoidon perusteissa suun terveydenhuollossa.

Sairausvakuutuksella tuettu hammashoito on merkittävä osa aikuisten suun terveydenhuoltoa. Aikuisten palveluista noin puolet tuotetaan yksityisellä ja puolet julkisella sektorilla. Näin ollen suun terveydenhuolto poikkeaa muusta sairaanhoitovakuutuksesta korvatusta terveydenhuollosta, jossa sairausvakuutuksesta korvatulla yksityisellä terveydenhuollolla on lähinnä julkista terveydenhuoltoa täydentävä rooli. Julkisessa terveydenhuollossa ja sairausvakuutuksesta korvatussa yksityisessä terveydenhuollossa tehdyt toimenpiteet ovat myös hyvin samankaltaisia. Erikoishammaslääkärin antama hoito kuitenkin korostuu sairausvakuutuksesta korvatussa yksityisessä terveydenhuollossa, koska erikoishammaslääkäreitä toimii eniten yksityisellä sektorilla.



Kuvio 13. Suun ja hampaiden hoidossa käyneet henkilöt terveyskeskuksissa ja yksityissektorilla vuosina 2003–2009. Lähde: Sotkanet.

Sairausvakuutuksesta korvattavasta yksityisestä hammashoidosta perityt palkkiot ovat samaa suuruusluokkaa kuin vastaavan hoidon tuotantokustannukset julkisella sektorilla tuotetuissa palveluissa. Asiakkaan omavastuu kustannuksista on kuitenkin yksityishammashoidossa huomattavasti julkista hammashoitoa suurempi. Yksityisistä hammaslääkäripalveluista sairaanhoitovakuutus korvaa potilaalle noin kolmasosan, julkisissa palveluissa kunnan osuus on noin kaksi kolmasosaa ja asiakasmaksuilla katetaan noin yksi kolmasosa.

Taulukko 7. Hammaslääkäripalkkiot vuonna 2011.

Hoidon antaja	Käynnit	Perityt maksut, milj.€	Korvaukset, milj.€	Kustannukset, €/käynti	Korvaus%
<b>Hammaslääkärit yhteensä</b>	2 528 495	334,4	114,5	132,26	34,2
- <b>Hammaslääkärit</b>	2 384 303	304,3	104,0	127,63	34,2
- <b>Erikoishammaslääkärit</b>	121 787	27,3	9,4	224,04	34,4
- <b>Lääketieteen opiskelijat</b>	14 445	1,8	0,7	127,40	40,3
<b>Erikoishammasteknikot</b>	2 205	0,7	0,4	309,41	51,7
<b>Suuhygienistit</b>	272 052	22,8	8,8	83,81	38,5
<b>Yhteensä</b>	2 802 752	357,9	123,7	127,70	34,6

Lähde: Kelasto.

### *Yhdenvertaisuus hoitoon pääsyssä*

Suun terveydenhuollossa hoidon tarpeen arvioinnin yhteydessä hammaslääketieteellisesti tarpeelliseksi todettu hoito on järjestettävä potilaan terveydentila ja sairauden ennakoitavissa oleva kehitys huomioon ottaen kohtuullisessa ajassa, kuitenkin kolmessa kuukaudessa siitä, kun hoidon tarve on arvioitu. Tämä kolmen kuukauden enimmäisaika voidaan ylittää suun terveydenhuollossa enintään kolmella kuukaudella, jos lääketieteellisistä, hoidollisista tai muista vastaavista perustelluista syistä hoidon antamista voidaan lykätä potilaan terveydentilan vaarantumatta.

Suuren hoidon kysynnän ja hammaslääkäripulan takia hoitoon pääsyssä on 2000-luvulla ollut viiveitä osassa terveyskeskuksia. Hammaslääkäripulan poistamiseksi hammaslääkärikoulutusta on

merkittävästi lisätty viime vuosina. Hoitojonoja on purettu usealla eri tavalla, kuten lisäämällä resursseja, uusimalla hoitokäytäntöjä ja tehostamalla työnjakoa.

THL:n lokakuun 2012 hoitoon pääsyn seurantatietojen mukaan 24 prosenttia väestöstä asui alueella, jossa välittömässä yhteydensaannissa oli suun terveydenhuollossa ajoittaisia ongelmia. Hoidon tarpeen arviointi toteutui kuitenkin lähes poikkeuksetta kolmen arkipäivän kuluessa. Yli kolme kuukautta hoitoonpääsyä odottaneita oli lokakuussa 2012 noin 20 700 eli noin 30 prosenttia vähemmän kuin maaliskuussa 2012. Yli puoli vuotta odottaneita oli 7 200 eli 59 prosenttia vähemmän kuin maaliskuussa 2012. Yli kuusi kuukautta hoitoa odottaneiden osuudessa esiintyi kuitenkin huomattavia alueellisia eroja (taulukko 8). Lokakuussa 2012 väestöstä 84 prosenttia asui alueella, jolla suun terveydenhuoltoon pääsi kuudessa kuukaudessa. Viime maaliskuussa hoitoon pääsi kuudessa kuukaudessa 77 prosenttia väestöstä. Suhteellisesti eniten yli kuusi kuukautta odottaneita oli Kainuun ja Keski-Pohjanmaan sairaanhoitopiirien alueilla. Lokakuussa 2012 prosentti väestöstä asui alueilla, joilla oli ajoittain ongelmia arvioida hoidon tarve terveydenhuoltolain mukaisessa kolmen vuorokauden määräajassa – maaliskuussa luku oli 5 prosenttia. Eniten ongelmia oli Päijät-Hämeen sairaanhoitopiirin alueella.

Taulukko 8. Lokakuussa 2012 suun terveydenhuollossa yli kuusi kuukautta hoitoa odottaneet potilaat.

Sairaanhoitopiiri	Jonottajien lukumäärä	Jonottajien lukumäärä/ 10 000 asukasta
<b>Etelä-Karjalan shp</b>	0	0
<b>Etelä-Pohjanmaan shp</b>	131	7
<b>Etelä-Savon shp</b>	0	0
<b>Helsingin ja Uudenmaan shp</b>	327	2
<b>Itä-Savon shp</b>	0	0
<b>Kainuun shp</b>	2 652	340
<b>Kanta-Hämeen shp</b>	455	26
<b>Keski-Pohjanmaan shp</b>	491	65
<b>Keski-Suomen shp</b>	584	21
<b>Kymenlaakson shp</b>	0	0
<b>Lapin shp</b>	206	17
<b>Länsi-Pohjan shp</b>	105	17
<b>Pirkanmaan shp</b>	1 511	31
<b>Pohjois-Karjalan shp</b>	500	29
<b>Pohjois-Pohjanmaan shp</b>	0	0
<b>Pohjois-Savon shp</b>	0	0
<b>Päijät-Hämeen shp</b>	0	0
<b>Satakunnan shp</b>	0	0
<b>Vaasan shp</b>	64	4
<b>Varsinais-Suomen shp</b>	179	4
<b>Koko maa</b>	7 205	

Lähde: THL, Suun terveydenhuollon hoitoonpääsykysely terveystieteiden johtaville ylihammaslääkäreille.

Vuonna 2011 sairausvakuutuksesta korvattiin noin 2,8 miljoonaa suun terveydenhuollon käyntiä yli miljoonalle vakuutetulle. Sairausvakuutuksesta korvattuja suun terveydenhuollon palveluita käyttävät eniten työikäiset, kun taas terveystieteiden suun terveydenhuollon palveluita käyttävät eniten alle 18-vuotiaat, joilta ei peritä asiakasmaksua.



Taulukko 9. Julkisessa ja yksityisessä suun terveydenhuollossa käyneiden potilaiden ikäjakauma vuonna 2008.

<b>Ikäryhmä</b>	<b>Julkinen suun terveydenhuolto (n=733 204) %</b>	<b>Yksityinen suun terveydenhuolto (n=473 652) %</b>
<b>0–17-vuotiaat</b>	43,7	1,4
<b>18–64-vuotiaat</b>	47,8	79,6
<b>65–vuotiaat tai vanhemmat</b>	8,5	19,0
<b>Yhteensä</b>	100,0	100,0

Lähde: Widström Eeva. Hammashoitoon vuosittain vai harvemmin. Esitys Kelan tutkimusosaston seminaarissa Hammashoitoa yksityisellä ja julkisella – uusia tutkimustuloksia ja laskelmia, Helsinki 10.5.2012.

Saatavissa:

[http://www.kela.fi/in/internet/liite.nsf/NET/140512122718HJ/\\$File/Widstrom100512.pdf?openElement](http://www.kela.fi/in/internet/liite.nsf/NET/140512122718HJ/$File/Widstrom100512.pdf?openElement)  
(luettu 14.1.2013).

Erilaiset käyttäjäkunnat johtunevat asiakkaan maksettavaksi tulevan osuuden suurista eroista julkisessa terveydenhuollossa ja sairausvakuutuksesta korvatussa yksityisessä terveydenhuollossa. Toisaalta kaikki hoitoa tarvitsevat eivät taloudellisista syistä hakeudu edes hoitoon terveyskeskukseen, jossa suun terveydenhuollon palveluista perittävät asiakasmaksut ovat korkeampia kuin muussa terveydenhuollossa. Sairausvakuutuksen korvaustaksan jälkeensä jääneisyys heijastuu myös käyttäjäkuntaan: korvaustason laskiessa pienituloisten mahdollisuus käyttää yksityisen suun terveydenhuollon palveluita heikkenee.

Suun terveydenhuollossa on pyritty löytämään keinoja hoitoon pääsyn nopeuttamiseksi myös yksityisen ja julkisen terveydenhuollon kumppanuutta edistämällä. Osana Toimiva terveyskeskus -ohjelmaa valmistellun suun terveydenhuollon yhteistyöhankkeen toteutus aloitettiin Jyväskylässä keväällä 2011 ja sen on suunniteltu leviävän asteittain eri alueille koko maassa vuodesta 2012 alkaen. Kokeiluhankkeen on suunniteltu kestävän kokeiluna vuoteen 2014 asti.

Suun terveydenhuollon yhteistyöhankkeessa terveyskeskus ja yksityiset hammaslääkärit sekä suuhygienistit sitoutuvat toteuttamaan ennalta määriteltäviä suun terveyttä edistäviä toimenpidekokonaisuuksia terveyskeskuksen kautta tulleiden potilaiden hoidossa. Suun terveydenhuollon yhteistyöhankkeen tavoitteena on tehostaa yhteistyötä ja yhtenäisten hoidon perusteiden toimintamallia julkisen ja yksityisen sektorin välillä, vahvistaa ehkäisevän hoidon ja potilaiden omahoidon toteutumista, parantaa hoitoon pääsyä ja lisätä potilaan valinnanvapautta sekä saada kokemuksia siitä, miten eri tekijät, kuten hoitoon pääsyn nopeus ja hoidon kustannukset, vaikuttavat potilaan hoitopaikan valintaan.

Hankkeen kohderyhmänä olivat alun perin potilaat, joiden arvioitiin terveyskeskuksen vastaanotolla olevan ehkäisevän tai tehostetun ehkäisevän suun terveydenhuollon tarpeessa. Jyväskylässä aloitetusta yhteistyöhankkeesta saatujen kokemusten perusteella hankkeen kohderyhmäksi valitut päivystyspotilaat eivät kuitenkaan osallistuneet yhteistyöhankkeessa tehtävään suun terveyttä edistävään hoitoon, joten hankepotilaiden määrä jäi vähäiseksi. Kohderyhmää laajennettiin vuoden 2011 syksyllä henkilöihin, jotka ovat odottaneet pitkään hoitoon pääsyä. Hoitoon pääsyä odottavilla jonopotilailla on todettu yhteydenotossa olevan hoidon tarvetta. Aikuisilla hoidon tarpeeseen liittyy lähes aina myös ehkäisevän hoidon tarvetta. Tätä käsitystä tukevat myös aikuisväestöä koskevien tutkimusten tulokset.

Yksityiset hammaslääkärit ja suuhygienistit voivat liittyä mukaan hankkeeseen, jos he sitoutuvat noudattamaan hankkeen periaatteita tekemällä yhteistyöhankesopimuksen alueen kunnan kanssa. Hankkeeseen osallistuva yksityishammaslääkäri tai suuhygienisti sitoutuu vastaanottamaan terveyskeskuksesta yksityishoidon valinneen potilaan eli niin sanotun hankepotilaan tietyn määrärajan kuluessa potilaaksi ja perimään yhteistyöhankkeeseen kuuluvista suun terveydenhoidon

toimenpidekokonaisuuksista enintään yhteistyöhankesopimuksessa sovitun enimmäishinnan mukaisen palkkion.

Suun terveyttä edistävät toimenpidekokonaisuudet määräytyvät potilaan riskimäärittelyn ja tarpeen perusteella. Yhteistyöhankkeen piiriin tulevalle potilaalle annetaan kirjallisesti tietoa suun terveyttä edistävien toimenpidekokonaisuuksien sisällöstä ja hoidon kustannuksista terveyskeskuksessa ja yhteistyöhankkeeseen liittyneen yksityishammaslääkärin vastaanotolla. Potilas voi valita joko terveyskeskuksen tai yhteistyöhankkeeseen liittyneen hammaslääkärin.

Hankepotilaalla suun terveydenhuollon ehkäisevistä toimenpidekokonaisuuksista maksettavat korvaukset ovat suurempia kuin muista suun terveydenhuollon toimenpiteistä. Potilaan maksettavaksi jäävä omavastuu on lähellä terveyskeskuksen asiakasmaksuja. Korvaustason ylläpitämisen korkealla tasolla mahdollistaa hankelääkäreiden sitoutuminen terveyskeskuksen kanssa sovittuihin kattohintoihin.

Taulukko 10. Hankepotilaiden kustannukset ja korvaukset suun terveyspaketeista ajalla 1.1.2011–31.08.2012.

Toimenpide	Saajien lukumäärä	Keskimääräinen kustannus (€) toimenpiteestä	Kustannukset yhteensä (€)	Keskimääräinen korvaus (€) toimenpiteestä	Korvaukset yhteensä (€)
<b>PAK10</b>	268	83,59	22 401	49,75	13 333
<b>PAK21</b>	131	82,55	10 814	49,17	6 442
<b>PAK22/Hammaslääkäri</b>	22	79,20	1 742	47,15	1 045
<b>PAK22/Suuhygienisti</b>	80	60,00	4 800	44,00	3 520
<b>Yhteensä</b>	501		39 757		24 340

Lähde: Kelan tutkimusosasto.

Hankkeesta tehdyn seurannan perusteella hankepotilaiksi on hakeutunut erityisesti naisia ja pienituloisia suurituloisia enemmän. Suurimmalla osalla hankepotilaista oli ehkäisevän hoidon lisäksi myös korjaavan hoidon tarvetta. Näistä muista toimenpiteistä hankepotilailta perityt hinnat olivat keskimäärin noin 2-5 prosenttia kalliimpia kuin muilta yksityissektorin potilailta perityt hinnat <sup>28</sup>. Hankepotilailta perityt korkeammat hinnat selittynevät kanta-asiakkaiden bonusjärjestelmillä ja erilaisilla alennuksilla. Jyväskylän alueen yksityinen suun terveydenhuolto osoittautui myös kaiken kaikkiaan kalliimmaksi kuin koko maan suun terveydenhuolto keskimäärin.

Suun terveydenhuollon yhteistyöhanketta on tarkoitus jatkaa vuoden 2014 loppuun saakka. Hankkeen on ottanut Jyväskylän lisäksi käyttöön Vaasa ja Helsinki. Myös Tampere ja Hyvinkää suunnittelevat hankkeen käyttöön ottoa.

### *Hoidon porrastus, työnjako ja moniammatillisuus*

Suun terveydenhuollossa työnjakoa on uudistettu suuhygienistin ja hammashoitajan laajennettuina tehtäväkuvina, hammaslääkärin, suuhygienistin ja hammashoitajan tiimityönä sekä ikäihmisten koti- ja laitoshoidon tiimityönä. Suuhygienistin vastaanotolla terveyskeskuksissa voidaan tehdä esimerkiksi alle 18-vuotiaiden suun määräaikaistarkastuksia, hoidon tarpeen arviointia työikäisillä ja ikääntyneillä, suun terveyden edistämistoimenpiteitä sekä erityisryhmien tehostettua terveysneuvontaa. Lisäkoulutuksen saaneille suuhygienisteille on siirretty myös yksinkertaisimpia hoitotoimenpiteitä. Suuhygienistien toimenkuva on laaja etenkin suuren väestöpohjan terveyskeskuksissa.

Työnjaon kehitys on vaikuttanut myös THL:n ylläpitämään kansalliseen suun terveydenhuollon toimenpideluokitukseen, johon on lisätty uuden toimintakäytännön mukaisia suuhygienistien

<sup>28</sup> Tieto perustuu Kelan tutkimusosastolla tehtyyn selvitykseen.

hoitotoimenpiteitä. Toimenpideluokituksessa suuhygienistin toimenpiteiksi on määritelty suun ja hampaiston terveystarkastukset, jotka eivät sisällä sairauden diagnooseja. Luokituksessa suuhygienistin suun terveyden edistämisen toimenpiteitä on ehkäisevä hoito, joka sisältää muun muassa hoidon tarpeen arviointia, terveystarkastusta, suun puhdistuksen ohjausta, plakin ja plakkiretenttien poistoa sekä fluori- tai muun vastaavan käsittelyn. Suuhygienistin antama parantologinen hoito käsittää toimenpideluokituksen mukaan plakkiretenttien poiston, pääsääntöisesti korkeintaan 5 mm ientaskujen puhdistuksen ja juurten pintojen puhdistuksen sekä hoitoon liittyvän neuvonnan ja ylläpito-hoidon. Suuhygienistin parodontologinen hoito edellyttää diagnosoitua ikenen tai kiinnityskudosten sairautta ja perustuu siten hammaslääkärin tekemään taudin määrittelyyn ja hoitosuunnitelmaan.

Toisin kuin muussa sairausvakuutuksesta korvatussa yksityisessä terveydenhuollossa suun terveydenhuollossa on osittain seurattu julkisen terveydenhuollon työnjaon kehitystä. Vuoden 2010 alusta on korvattu myös suuhygienistin antamaa hoitoa, mikä on osaltaan muuttanut työnjakoa myös yksityisessä suun terveydenhuollossa. Suuhygienistin antaman hoidon korvattavuutta koskevan uudistuksen tavoitteena oli edistää sairausvakuutuksen julkisia terveydenhuoltopalveluita täydentävää roolia suun terveydenhuollossa. Uudistuksella pyrittiin saattamaan sairausvakuutuslain korvausjärjestelmä vastaamaan julkisessa terveydenhuollossa tapahtunutta työnjakoa hammaslääkärin ja suuhygienistin välillä. Uudistuksen ensimmäisenä vuonna ien- ja kiinnityskudossairauksien hoidon korvausmenot pienenevät noin 780 000 euroa, vaikka asiakkaiden omavastuuosuudet säilyivät ennallaan<sup>29</sup>.

Vastaavasti kuten muiden sairausvakuutuslain mukaisten tutkimus- ja hoitotoimenpiteiden, myös suuhygienistin antaman hoidon ja suoritettavan tutkimuksen korvaamisen edellytyksenä on lääkärin toteama hoidon tarve ja tämän antama määräys. Hammaslääketieteellisen erityisasiantuntemuksen tarpeen vuoksi korvausta maksetaan vain hammaslääkärin määräyksen perusteella toteutetusta tutkimuksesta ja hoidosta.

Korvauksen maksaminen edellyttää, että määräyksen on antanut yksityisessä terveydenhuollossa toimiva hammaslääkäri. Sairausvakuutuskorvausjärjestelmän tehtävän ja tavoitteiden vuoksi määräyskäytännön laajentamista koskemaan myös julkisessa terveydenhuollossa toimivan lääkärin määräystä ei ole pidetty perusteltuna. Julkisella terveydenhuollolla on ensisijainen vastuu palveluiden tarjoamisesta. Julkisesta terveydenhuollosta annettu määräys yksityiseen terveydenhuoltoon ei perustu potilaan vapauteen valita hoidon antavaa järjestelmää, vaan vaarana on, että potilas ohjataan hakemaan tarpeellinen hoito yksityisestä terveydenhuollosta. Tällöin myös julkisessa terveydenhuollossa tarjottavien suuhygienistipalveluiden määrä saattaisi vähentyä. On myös huomattava, että yksityisessä terveydenhuollossa potilaan maksettavaksi jäävä osuus palvelun kustannuksista on sairausvakuutuksen korvauksen jälkeenkin suurempi kuin julkisessa terveydenhuollossa.

### 3.4.3 Kuntoutus

Kuntoutus pohjautuu ajatukseen ihmisen tai ihmisen ja ympäristön muutosprosessista, jossa tavoitellaan muun muassa toimintakyvyn, itsenäisen selviytymisen ja työllisyyden edistämistä. Kuntoutus on mahdollisuus henkilölle, jonka työ- ja toimintakyky on syystä tai toisesta alentunut tai hän on menettänyt sen tilapäisesti kokonaan. Tavallisimmin työ- ja toimintakyvyn alenemisen syynä ovat terveydelliset seikat.

Kuntoutus voi olla lääkinnällistä, kasvatuksellista, ammatillista tai sosiaalista. Kuntoutuksen tavoitteena on edistää sairaan, vammaisen tai vajaatoimintakykyisen ihmisen toimintakykyä, itsenäistä selviytymistä, hyvinvointia, osallistumismahdollisuuksia ja työllistymistä. Kuntoutuksen

<sup>29</sup> Helminen Sari, Maljanen Timo, Komu Merja ja Mikkola Henna-Mari. Effects of a reimbursement tariff reform in oral hygienists' services. Posterisity 16<sup>th</sup> Annual Meeting of the European Association of Dental Public Health. Rooma, 22.-24.9.2011.

keinoin tähdätään toiminta- ja työkyvyn paranemiseen tai säilymiseen sekä itsenäiseen suoriutumiseen erilaisissa elämäntilanteissa.

Kuntoutusjärjestelmä on rakentunut monitahoiseksi lainsäädännön, palvelujen järjestäjien, rahoittajien ja tuottajien verkoksi. Vastuu kuntoutustoiminnan järjestämisestä jakaantuu Kansaneläkelaitoksen, julkisen terveydenhuollon, työeläkejärjestelmän, työ- ja elinkeinohallinnon sekä tapaturma- ja liikennevakuutusyhtiöiden kesken. Lääkinnällisen kuntoutuksenkin osalta toimijoita on useita. Hallinnollisesti järjestelmä on monimutkainen.

Ensisijainen vastuu lääkinnällisen kuntoutuksen järjestämisestä on julkisella terveydenhuollolla. Terveystieteiden lain 29 §:n perusteella kunnan on järjestettävä potilaan sairaanhoitoon liittyvä lääkinällinen kuntoutus, johon kuuluu kuntoutusneuvonta ja kuntoutusohjaus, potilaan toiminta- ja työkyvyn sekä kuntoutustarpeen arviointi, kuntoutustutkimus, toimintakyvyn parantamiseen ja ylläpitämiseen tähtäävät terapiat sekä muut tarvittavat kuntoutumista edistävät toimenpiteet, apuvälinepalvelut, sopeutumisvalmennus sekä kuntoutusjaksot laitos- tai avohoidossa.

Kuntoutus koostuu kuntoutustarpeen arvioinnista ja kuntoutuksen suunnittelusta sekä varsinaisen kuntoutuksen toteuttamisesta. Kuntoutussuunnitelma on kuntoutuksen onnistumisen kannalta keskeinen asiakirja. Yksilöllisessä kuntoutussuunnitelmassa määritellään kuntoutuksen tarve, sisältö ja tavoitteet. Kunta vastaa lisäksi kuntoutuspalvelun ohjauksesta ja seurannasta sekä nimeää potilaalle tarvittaessa kuntoutuksen yhdyshenkilön.

Muita kuntoutuksen järjestäjiä ovat Kela, työeläkevakuutusyhtiöt, tapaturmavakuutuslaitokset ja työhallinto. Kunnalla ei ole järjestämisvastuuta kuntoutuksesta tilanteissa, joissa kuntoutus on säädetty Kelan järjestämisvastuulle. Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuksista ja kuntoutusrahaetuksista annetussa laissa on määritelty tarkkaan Kelan järjestämän vaikeavammaisten lääkinällisen kuntoutuksen ja vajaakuntoisten ammatillisen kuntoutuksen kriteerit. Jos kuntoutuksen järjestämis- ja kustannusvastuu ei ole selkeästi osoitettavissa, kunnan on kuitenkin järjestettävä kuntoutussuunnitelmassa määritelty lääkinällinen kuntoutus. Kela korvaa kunnalle kuntoutuksesta aiheutuneet kustannukset tilanteissa, joissa jälkikäteen käy ilmi, että kunta on järjestänyt kuntoutusta Kelan sijasta.

Kansaneläkelaitoksen lakisääteisenä tehtävänä on järjestää vaikeavammaisten lääkinällistä kuntoutusta ja vajaakuntoisten ammatillista kuntoutusta laissa säädettyjen edellytysten täyttyessä. Kela vastaa työ- ja toimintakykyä tukevasta vaikeavammaisten lääkinällisestä kuntoutuksesta, kun taas kunnalla on vastuu sairaanhoitoon liittyvästä lääkinällisestä kuntoutuksesta. Lisäksi Kela korvaa kuntoutuspsykoterapiasta aiheutuvia kustannuksia ja järjestää ja korvaa harkinnanvaraista kuntoutusta eduskunnan vuosittain vahvistaman määrärahan puitteissa.

Vuonna 2011 Kelan kuntoutuspalveluja sai 87 300 henkeä, mikä oli 4,3 prosenttia enemmän kuin vuotta aiemmin. 2000-luvun alkuvuosista lähtien on ollut vuosittain vajaat 90 000 kuntoutujaa. Poikkeuksena ovat vuodet 2009 ja 2010, jolloin kuntoutujia oli alle 85 000. Alueittain kuntoutujia oli vuonna 2011 suhteellisesti eniten Kainuussa ja Pohjois-Pohjanmaalla. Vähiten heitä oli Ahvenanmaalla, Päijät-Hämeessä ja Etelä-Karjalassa.

Kuntoutukseen hakeudutaan yleensä mielenterveyshäiriöiden ja tuki- ja liikuntaelinongelmien (TULE-sairaudet) vuoksi. Mielenterveyden häiriöiden vuoksi kuntoutusta sai 35 200 ja TULE-sairauksien vuoksi 24 700 henkeä. Mielenterveyskuntoutujien määrä on miltei kaksinkertaistunut 2000-luvulla. TULE-kuntoutujia puolestaan on nykyisin kolmasosa vähemmän kuin 2000-luvun alussa.

Taulukko 11. Kelan kuntoutus vuonna 2011.

Kuntoutuksen lakiperuste	Korvaukset milj. €	Korvaustapaukset
Vajaakuntoisten ammatillinen kuntoutus	27,1	25 605
Vaikeavammaisten lääkinnällinen kuntoutus	133,5	243 720
Kuntoutuspsykoterapia	14,7	60 568
Harkinnanvarainen kuntoutus	86,9	122 604
Kuntoutusraha	71,8	151 860
Kuntoutusetuudet yhteensä	334,0	604 357

Lähde: Kelasto.

Kelan lääkinnällisen kuntoutuksen järjestämisvelvollisuus koskee alle 65-vuotiaita. Tätä vanhempien kuntoutus on kuntien vastuulla. Tämä tarkoittaa sitä, että kuntoutuksen järjestämisvastuu siirtyy Kelalta kunnalle henkilön täytettyä 65 vuotta. Käytännössä kunnat eivät pysty tarjoamaan yhtä laajaa kuntoutusta kuin Kela siitä huolimatta, että vaikeavammaisten henkilöiden toimintakykyä ylläpitävän kuntoutuksen tarve ja tarpeellisen kuntoutuksen sisältö pysyvät kuitenkin vielä samankaltaisina. Hallitusohjelmassa onkin sovittu, että hallituskauden aikana selvitetään mahdollisuudet pidentää Kelan vastuuta vaikeavammaisten lääkinnällisen kuntoutuksen järjestämisestä niin, että kuntoutus jatkuisi 68 ikävuoteen saakka.

Kelan vaikeavammaisten lääkinnällisen kuntoutuksen yhtenä myöntämisedellytyksenä on se, että kuntoutuja saa vammaisetuksista annetun lain mukaista vähintään korotettua vammaisetuutta. Kuntoutuksen myöntäminen on siis riippuvainen toisen etuuden myöntämisedellytysten täyttymisestä, joten kuntoutustarvetta ei arvioida yksinomaan kuntoutujan terveydentilan perusteella. Kuntoutuja voi joutua siirtymään kuntoutusjärjestelmästä toiseen eli Kelalta julkisen terveydenhuollon vastuulle sen mukaan, täytyvätkö korotetun vammaisetuuden saamisen edellytykset vai ei. Tällaista menettelyä ei voi pitää kuntoutujan näkökulmasta tarkoituksenmukaisena. Lisäksi muutokset vammaisetus päätöksissä voivat tulla nopealla aikataululla, jolloin Kelan kuntoutuksen lakkauttamista ei ole voitu ennakoita eikä julkinen terveydenhuoltoakaan ehdi tästä syystä varautua riittävän hyvin kuntoutusvastuun siirtymiseen. Tästä voi aiheutua katkoksia kuntoutukseen.

Kuntoutussuunnitelma on keskeinen kuntoutuksen suunnittelun ja toteuttamisen väline. Julkisessa terveydenhuollossa laadittu kuntoutussuunnitelma ei ole Kelaa sitova asiakirja, vaan se on suositus, jota Kela käyttää muiden käytössään olevien tietojen ohella kuntoutuspäätöksen tekemiseen. Kuntoutussuunnitelma on kuitenkin käytännössä tärkein työväline kuntoutuksen tarvetta arvioitaessa.

Kuntoutussuunnitelmien taso on hyvin vaihteleva. Ongelmia aiheuttavat huolimattomasti laaditut ja puutteellisesti perustellut suunnitelmat, joilla luodaan helposti myös ylimitoitettuja odotuksia kuntoutujille. Kuntoutujien kannalta olisi kuitenkin olennaista, että julkinen terveydenhuolto suunnitelmaa laatiessaan sitoutuisi suunnittelemansa kuntoutuksen toteuttamiseen, jos todetaan, että se ei kuulu Kelan järjestettäväksi ja korvattavaksi.

Ratkaisujen oikeellisuuden kannalta asianmukaiset kuntoutussuunnitelmat ovat avainasemassa. Kela lähettää puutteelliset kuntoutussuunnitelmat täydennettäväksi. Lisäselvitysten pyytäminen pidentää kuitenkin hakemusten käsittelyaikoja, joten päätöksiä voidaan joutua tekemään puutteellistenkin suunnitelmien perusteella.

Monitahoisen kuntoutusjärjestelmän keskeisenä ongelmana on pidetty sitä, ettei asiakkaan kuntoutuksesta vastuussa oleva taho ole aina selvillä, oikean kuntouttajan löytyminen voi viedä aikaa ja asiakkaan siirtyminen eri kuntoutusjärjestelmien välillä aiheuttaa katkoksia kuntoutukseen. Kuntoutusta järjestävien yhteisöjen yhteistoimintaa varten on luotu asiakasyhteistyö. Tämän lakisääteisen toiminnan tarkoituksena on auttaa kuntoutujaa saamaan hänen tarvitsemansa kuntoutuspalvelut ja edistää viranomaisten sekä muiden yhteisöjen ja

laitosten yhteistyötä. Asiakasyhteistyön tarkoituksena on myös edistää kuntoutujan asemaa ja hänen osallistumistaan kuntoutusasiansa käsittelyssä. Hyvästä tavoitteesta huolimatta yhteistyössä on edelleen usein asiakkaan näkökulmasta viiveitä. Asiakkaan osallistuminen ei myöskään aina toteudu toivotulla tavalla.

## *Kuntoutuspsykoterapia*

Psykoterapia on yksi mielenterveyden häiriöiden hoito- ja kuntoutusmuoto. Se on tavoitteellista, mielenterveyden ongelman tai häiriön poistamiseen tai lieventämiseen tähtäävää ammatillista toimintaa. Psykoterapiamuotoja ovat muun muassa psykodynaaminen psykoterapia, kognitiivinen psykoterapia, interpersoonallinen psykoterapia ja systeemiset psykoterapiat. Terapioita voidaan toteuttaa esimerkiksi yksilöterapiaina, perhe- tai pariterapioina ja ryhmäterapiaina. Psykoterapia voi olla lyhytkestoista tai pitkäkestoista, mutta nämä eivät ole toisiaan pois sulkevia vaihtoehtoja. Joissakin tilanteissa ja sairauksissa aikarajoitteiset lyhytpsykoterapiat ovat tehokkaita ja ensisijaisia. Ne kuuluvat osana asianmukaiseen akuuttivaiheen hoidon kokonaisuuteen. Pitkäkestoisien terapian tarpeeseen vaikuttavat sairauden luonne ja muut psykososiaalisen kuntoutuksen näkökulmat.

Psykoterapioita toteuttavat psykoterapeutit, joilla on tarvittava koulutus ja kokemus. Psykoterapeutti on terveydenhuollon ammattihenkilöstä annetussa laissa (559/1994) tarkoitettu nimikesuojattu terveydenhuollon ammatti. Psykoterapeutteina työskentelevillä on useita eri pohjakoulutuksia. Valviran Terhikki-rekisterin mukaan Suomessa oli vuonna 2010 yhteensä 5 256 nimikesuojattua psykoterapeuttia. Vuonna 2011 nimikesuojauksen sai 369 psykoterapeuttia.

Ensisijainen vastuu mielenterveyspalveluiden ja kuntoutuksen järjestämisestä psykoterapia mukaan lukien on voimassa olevan lainsäädännön perusteella julkisella terveydenhuollolla. Terveydenhuoltolain (1326/2010) mukaan kunnan on järjestettävä alueensa asukkaiden terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi tarpeellinen mielenterveystyö. Laissa tarkoitettuun mielenterveystyöhön kuuluvat myös mielenterveyspalvelut, joilla tarkoitetaan mielenterveydenhäiriöiden tutkimusta, hoitoa ja lääkinnällistä kuntoutusta. Suurin osa mielenterveyden häiriöistä ja ongelmista hoidetaan perusterveydenhuollossa terveyskeskuksissa, työterveyshuollossa ja opiskeluterveydenhuollossa. Vaikeat mielenterveyden häiriöt hoidetaan yleensä erikoissairaanhoidossa, jossa tavoitteena on koko ajan siirtyä yhä avohoitokeskeisempään hoitoon.

Mielenterveyden hoidon sisällöstä ja mielenterveyskuntoutujien asumispalveluista on annettu suosituksia. Näyttöön perustuvia valtakunnallisia hoitosuosituksia (Käypä hoito) on annettu depression, epävakaa persoonallisuuden, kaksisuuntaisen mielialahäiriön, lasten ja nuorten syömishäiriöiden, skitsofrenian, traumaperäisen stressireaktion ja -häiriön sekä unettomuuden hoidosta. Hoitoon pääsyä ohjataan kiireettömän hoidon perusteilla ja hoitotakuusäännöksillä. Lisäksi mielenterveyspalveluiden sisältöä ohjataan laatusuositusten avulla. Varsinaista psykoterapiaa toteutetaan julkisessa terveydenhuollossa kriisipsykoterapiana ja lyhytpsykoterapiana sekä perus- että erikoissairaanhoidon palveluissa. Kattavaa tietoa hoitoon liittyvien psykoterapiapalveluiden saatavuudesta julkisessa terveydenhuollossa ei kuitenkaan ole tällä hetkellä olemassa.

Työ- ja opiskelukykyä edistävä ja parantava kuntoutuspsykoterapia on yksi kuntoutusmenetelmä ja osa potilaan kokonaishoitoa. Vain osa psykoterapioista täyttää ne kriteerit, jotka tulee asettaa kuntoutuspsykoterapialle ja vain osa mielenterveydenhäiriöistä on sellaisia, joissa kuntoutuspsykoterapia on perusteltua. Psykoterapian tarve hoitomuotona on huomattavasti laajempi kuin kuntoutuspsykoterapian tarve. Kuntoutuspsykoterapian tarpeen arviointi perustuu lääketieteelliseen tutkimukseen ja tästä seuraavaan taudin määrittelyyn ja kuntoutussuunnitelman tekoon. Kuntoutuspsykoterapia on kallista ja vaatii pitkäaikaista sitoutumista, joten ennen kuin päätöstä kuntoutuspsykoterapian aloittamisesta tehdään, on keskeistä arvioida, mikä on kuntoutujan tarpeiden kannalta paras hoito- ja kuntoutusmuoto.

Psykoterapiasta on muodostunut yksi merkittävimmistä mielenterveyskuntoutujien hoitomuodoista. Kela korvaa psykoterapiaa 16–67-vuotiaille, joiden työ- tai opiskelukyky on mielenterveyden häiriön vuoksi uhattuna. Kansaneläkelaitoksen aikaisemmin harkinnanvaraisena kuntoutuksena korvaama kuntoutuspsykoterapia siirtyi Kelan lakisääteisen järjestämisvelvollisuuden piiriin vuoden 2011 alusta.

Kuntoutuspsykoterialla on tutkimuksissa todettu olevan myönteisiä vaikutuksia. Kelan kuntoutuspsykoterialla vuosina 2002–2004 saaneiden rekisteritutkimuksen perusteella sairauspäivärahalla olleiden osuus ja depressiolääkkeiden käyttö vähenivät merkittävästi kuntoutuspsykoterialan myötä. Työllistymisen kannalta kuntoutuksen todettiin olevan tuloksellisinta niillä, joilla oli selkeä työ- tai koulutustilanne ennen kuntoutuksen alkamista ja joiden psyykelääkitys oli alkanut ennen kuntoutusta.<sup>30</sup> Nuorilla opiskelu- ja työkyvyn on todettu paranevan ja masennuslääkityksen vähenevän psykoterialakuntoutuksen jälkeen. Hakemushetkellä opiskelijana olleista joka toinen (n. 50 %) oli siirtynyt työhön ja joka neljäs opiskeli. Hakemushetkellä ansiotyössä olleista 72 prosenttia oli edelleen työssä tai oli opiskelemassa. Hakemushetkellä työttöminä olleista 59 prosenttia opiskeli tai oli työllistynyt. Kolmannes terveydellisistä syistä työmarkkinoiden ulkopuolella olleista siirtyi takaisin työelämään.<sup>31</sup>

Kuntoutuspsykoteriala on aina vain yksi osa potilaan kokonaisuhoitoa. Vastuu Kansaneläkelaitoksen korvaamaa kuntoutuspsykoterialaa saavien potilaiden kokonaisuhoitosta ja kuntoutussuunnitelman kokonaisuuden toteutumisesta on ensisijaisesti julkisella terveydenhuollolla. Julkisen terveydenhuollon tai muun potilaan hoidosta vastaavan hoitotahon vastuulla on huolehtia sen hoidossa olevien potilaiden diagnoosin määrittämisestä, alkuvaiheen hoidosta ja tarvittaessa kuntoutuspsykoterialaan ohjaamisesta suositusten mukaisen hyvän hoitokäytännön mukaisesti. Hoitava terveydenhuollon yksikkö antaa suosituksensa hoidosta ja kuntoutuksesta sekä määrittelee kuntoutuksen tavoitteet työ- tai opiskelukyvyn kannalta kuntoutussuunnitelmassa. Hoidosta vastaava terveydenhuollon yksikkö tukee vastuutahona potilasta kuntoutusterapian hakemisjärjestelyissä ja terapeutin hankinnassa.

Kansaneläkelaitoksen kuntoutuspsykoterialan hakijan alkuhoidolle asetetut vaatimukset edellyttävät julkisen terveydenhuollon mielenterveyspalveluiden saatavuutta. Psykososiaalisen tuen sekä lyhytpsykoterialoiden järjestämistä potilaille tulisi lisätä. Terveydenhuollon tulee myös huolehtia henkilöstön riittävästä resursoinnista, osaamisesta ja kouluttamisesta. Vastaavia paineita kohdistuu myös työterveyshuollon kehittämiseen. Alkuvaiheen hoidon ja kuntoutuspsykoterialan toteuttaminen edellyttää myös eri järjestelmien välistä tiivistä yhteistyötä.

Kuntoutuspsykoterialan lakisääteistämisen jälkeen harkinnanvaraiseen kuntoutukseen varattu määräraha ei enää rajoita palvelun piiriin otettavien uusien asiakkaiden määrää, vaan oikeus korvaukseen kuntoutuspsykoterialan kustannuksista on kaikilla kuntoutuspsykoterialaa tarvitsevilla kohderyhmään kuuluvilla vakuutetuilla. Lakisääteistäminen lisäsi kuntoutuspsykoterialaa saavien kuntoutujien määrää 15,6 prosentilla. Vuonna 2011 kuntoutuspsykoterialaa sai 18 200 henkilöä. Vuonna 2011 Kelan kuntoutusmenot olivat 334 miljoonaa euroa, mikä oli 9,5 prosenttia enemmän kuin vuotta aiemmin.

<sup>30</sup> Aaltonen Tuula ja Lind Jouko. Miten työkyky muuttuu Kelan tukeman psykoterialakuntoutuksen jälkeen? Rekisteriseuranta Kelan psykoterialaa saaneiden työ- ja opiskelukyvystä vuosina 2002–2004. Kelan tutkimusosasto, Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 95/2008. Helsinki 2008.

<sup>31</sup> Aaltonen Tuula ja Lind Jouko. ASLAK®-kuntoutuksen ja Tyk-toiminnan jälkeen työssä jatkavat. Kelan tutkimusosasto, Nettiartikkeleita 4/2009. Helsinki 2009.

Taulukko 12. Kuntoutuspsykoterapiaa saaneet vuosina 2011 ja 2010.

Terapia	Lukumäärä 2011	Lukumäärä 2010	Muutos-%
<b>Yhdistetty 11a § ja 12 §</b>	18 245	15 757	15,8
<b>Aikuisten psykoterapia</b>	12 749	10 945	16,5
<b>Nuorten psykoterapia</b>	5 496	4 812	14,2

Lähde: Kela.

Lakisääteistämisen tavoitteena oli myös edistää potilaiden yhdenvertaisuuden toteuttamista. Kuntoutuspsykoterapian saajien alueelliseen jakaantumiseen vaikuttaa psykoterapiapalveluiden saatavuus. Väestömäärään suhteutettuna Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin alueella psykoterapiapalveluja on eniten ja Satakunnan ja Lapin sairaanhoitopiirien alueilla vähiten. Ero kyseisten sairaanhoitopiirien välillä on lähes kolminkertainen.

Kela on vuonna 2011 julkaissut selvityksen *Psykoterapeutit Suomessa. Psykoterapiapalvelut ja niiden järjestäminen* <sup>32</sup>. Sen mukaan noin puolet psykoterapeuteista toimi yksityisellä sektorilla, valtaosa yksityisinä ammatinharjoittajina. Yleisimmät psykoterapeuttien pohjakoulutukset olivat psykologi, sairaanhoitaja ja lääkäri. Noin 25 prosenttia nimikesuojauksen saaneista psykoterapeuteista ei tarjonnut psykoterapiapalveluita. Tarjolla olevien psykoterapiapalveluiden määrä ja psykoterapiamuodot vaihtelivat merkittävästi alueittain. Vuonna 2009 Kelan harkinnanvaraisena kuntoutuksena korvaamaa psykoterapiaa sai noin 14 700 henkilöä.

Taulukko 13. Kuntoutuspsykoterapiaa saaneet alueittain.

#### Aikuisten kuntoutuspsykoterapia

Alue	2011 lukumäärä 11 a § ja 12 §	2010 lukumäärä 12 §	Muutos-%
<b>Koko maa</b>	12 749	10 945	16,5
<b>Pohjois-Suomi</b>	1 473	1 286	14,5
<b>Länsi-Suomi</b>	1 602	1 417	13,1
<b>Itä-Suomi</b>	1 231	1 076	14,4
<b>Lounais-Suomi</b>	3 023	2 610	15,8
<b>Etelä-Suomi</b>	5 396	4 541	18,8

#### Nuorten kuntoutuspsykoterapia

Alue	2011 lukumäärä 11 a § ja 12 §	2010 lukumäärä 12 §	Muutos-%
<b>Koko maa</b>	5 496	4 812	14,2
<b>Pohjois-Suomi</b>	670	601	11,5
<b>Länsi-Suomi</b>	621	574	8,2
<b>Itä-Suomi</b>	597	485	23,1
<b>Lounais-Suomi</b>	1 377	1 220	12,9
<b>Etelä-Suomi</b>	2 224	1 919	15,9

Lähde: Kela.

<sup>32</sup> Valkonen J, Henriksson M, Tuulio-Henriksson A, Autti-Rämö I. Psykoterapeutit Suomessa. Psykoterapiapalvelut ja niiden järjestäminen. Kelan tutkimusosasto, Sosiaali- ja terveysturvan selosteita 74/2011. Helsinki 2011.



Lakisääteistämisen yhteydessä kannettiin erityistä huolta julkisten mielenterveyspalveluiden tehostamisesta. Kansaneläkelaitos korvaa kuntoutuspsykoterapiaa laissa säädettyjen edellytysten täyttyessä. Kansaneläkelaitoksen rooliin sosiaalivakuutuslaitoksena kuuluu ensisijaisesti työikäisten vakuutettujen työ- ja opiskelukyvyn ylläpitoon ja palauttamiseen tähtäävän kuntoutuspsykoterapian järjestäminen. Siltä osin kuin Kansaneläkelaitoksen kuntoutuspsykoterapian järjestämisen edellytykset eivät täyty, vastuu tarvittavan psykoterapeuttisen kuntoutuksen järjestämisestä on julkisella terveydenhuollolla. Lähtökohtaisesti julkiselle terveydenhuollolle kuuluu siten esimerkiksi mielenterveyshäiriöitä sairastavien lasten ja vanhusten sekä vaikea-asteisia mielenterveyshäiriöitä sairastavien potilaiden kuntoutus sekä muu toimintakyvyn ylläpitoon tähtäävä kuntoutus.

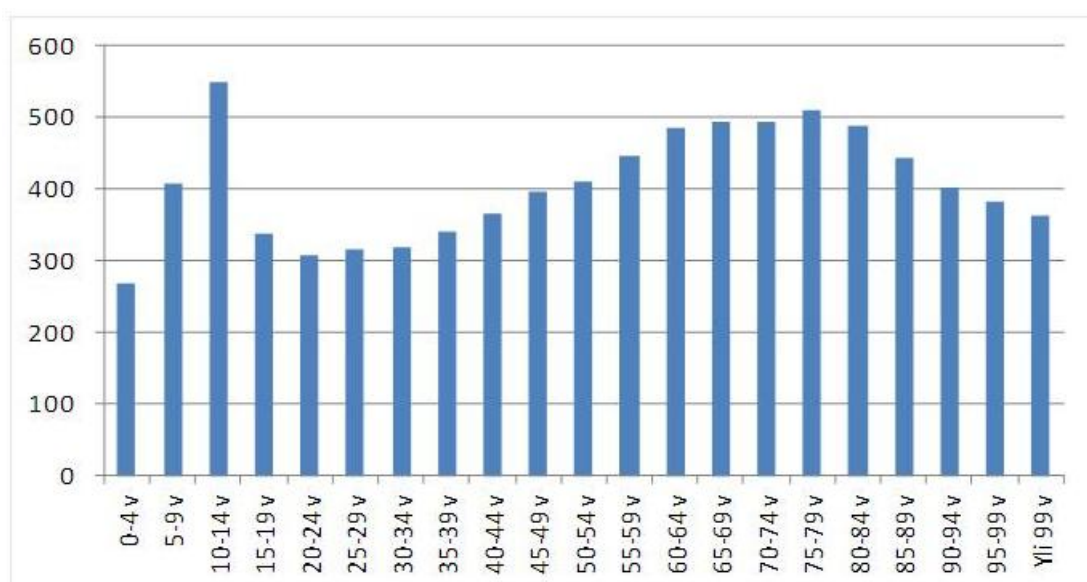
Myös silloin kun Kansaneläkelaitoksen työ- ja opiskelukykyn keskittyvän kuntoutuspsykoterapian korvaamisen edellytykset täyttyvät, kuntoutuspsykoterapian tarpeessa olevan potilaan tarvittava kuntoutus voidaan joutua toteuttamaan julkisten mielenterveyspalveluiden piirissä. Kansaneläkelaitoksen korvaamaan kuntoutuspsykoterapiaan sisältyy kuntoutujan maksettavaksi jäävä omavastuuosuus, joka voi erityisesti aikuisten kohdalla nousta suureksi ja estää tarpeellisen kuntoutuksen toteutumisen. Aikuisten kuntoutuspsykoterapiassa kuntoutujan vuosittain maksettavaksi jäävä omavastuuosuus on kertaviikkoisessa terapiassa noin 800 euroa vuodessa ja kaksi kertaa viikossa tapahtuvassa terapiassa noin 1 600 euroa. Nuoren kuntoutuspsykoterapiassa kuntoutujan maksettavaksi jäävä omavastuuosuus kertaviikkoisessa terapiassa vaihtelee vuodessa 200–400 euron välillä. Työryhmän arvion mukaan aikuisten kuntoutuspsykoterapian korvaustason nostaminen nuorten psykoterapian korvaustason tasolle nostaisi kuntoutuspsykoterapiamenoja vuositasolla noin 10 miljoonalla eurolla.

Julkisen terveydenhuollon piirissä omana toimintana tai ostopalveluna toteutettavan psykoterapian saatavuudesta ei ole olemassa tarkkaa tietoa. Psykoterapeuttien määrä ja koulutuksen hinta vaikuttavat psykoterapeuttien sijoittumiseen työmarkkinoilla. Psykoterapeutin ammattinimikkeen käyttöoikeuteen johtava koulutus on siirretty asetusmuutoksella yliopistojen vastuulle. Asutusmuutos tuli voimaan 31.12.2011 (valtioneuvoston asetus terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun asetuksen muuttamisesta, 1120/2010). Valtakunnalliselta yliopistojen psykoterapeuttikoulutuskonsortiolta saadun tiedon mukaan kaikki tehtävän saaneet yliopistot ovat aloittamassa koulutuksen vuonna 2013. Koulutukseen otettavien määrää ei ainakaan alkuvuosina lisätä aikaisemmasta. Koulutuksen hinta asettuu tasolle 20 000 - 30 000 euroa, joten myöskään koulutukseen hakeutujien määrän ei oleteta kasvavan. Korkean hinnan vuoksi psykoterapeutit hakeutuvat useammin yksityisiksi ammatinharjoittajiksi kuin julkisen terveydenhuollon palkkalistoille.

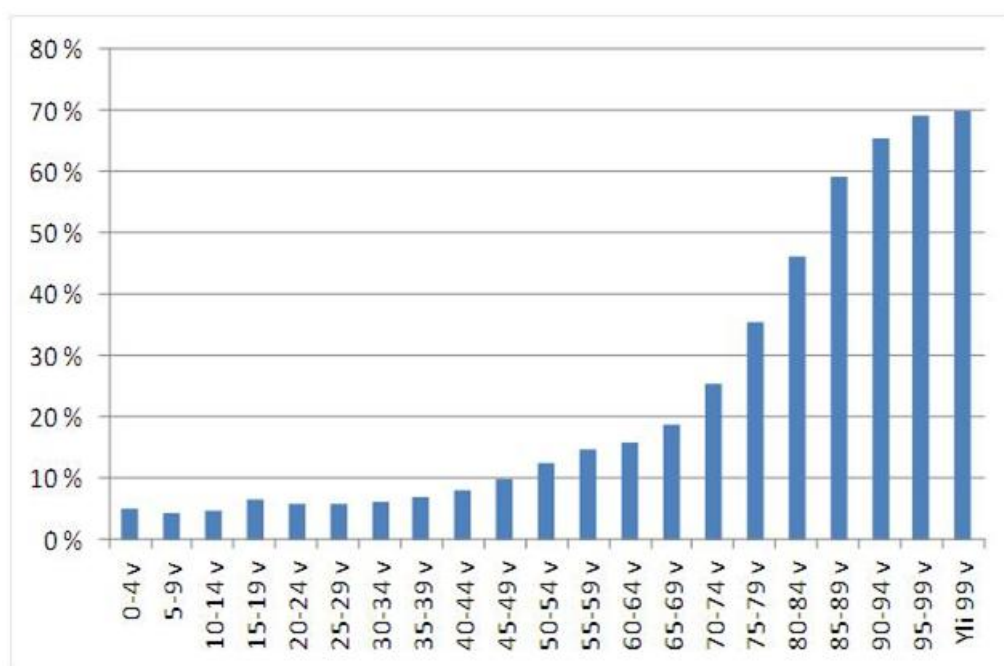
### 3.4.4 Matkat

Vuonna 2011 sairausvakuutuksesta korvattiin noin 5,5 miljoonaa matkaa noin 694 000 vakuutetulle.

Matkakorvauksia maksetaan eniten harvaan asutuille seuduille, iäkkäille henkilöille ja sairaalamatkoista. Matkakustannuksista maksetaan eniten korvauksia yli 65-vuotiaille henkilöille. Korvattavia matkoja on kuitenkin eniten 10–14-vuotiailla.

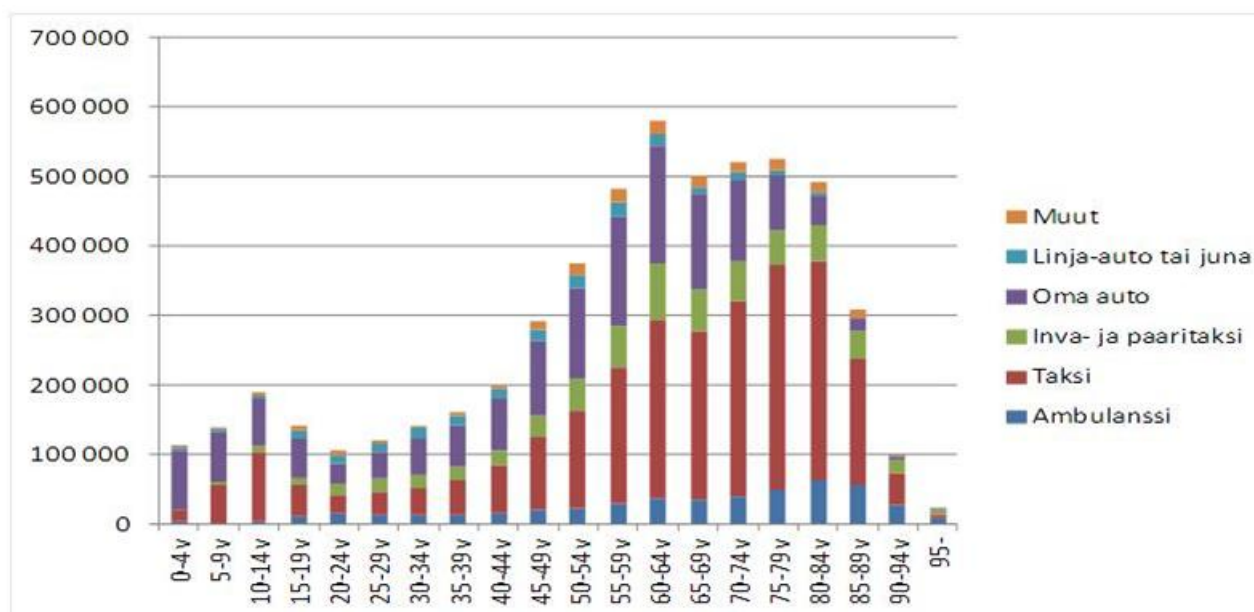


Kuvio 14. Sairausvakuutuksen vuonna 2011 korvaamista matkoista perityt maksut matkakorvauksia saanutta kohti ikäryhmittäin, euroa (keskiarvo 437 euroa/saaja). Lähde: Kela.



Kuvio 15. Sairausvakuutuksen vuonna 2011 korvaamat matkat, matkakorvauksia saaneiden osuus väestöstä ikäryhmittäin, % (keskiarvo: 13 % väestöstä). Lähde: Kela.

Lähes puolet korvauksista maksetaan taksilla tehdyistä matkoista. Vuonna 2011 korvattiin 2,5 miljoonaa taksimatkaa yhteensä noin 340 000 vakuutetulle. Taksimatkojen korvausmenot olivat 129 miljoonaa euroa. Ambulanssimatkoja korvattiin 485 000 matkaa yhteensä 300 000 vakuutetulle. Ambulanssimatkojen kustannusten korvausmenot olivat 70 miljoonaa euroa. Omalla autolla tehtyjä matkoja korvattiin 1,5 miljoonaa matkaa 172 000 vakuutetulle. Oman auton kustannusten korvausmenot olivat noin 16 miljoonaa euroa.



Kuvio 16. Korvattavien matkustustapojen jakautuminen ikäryhmittäin. Lähde: Kela.

Vuonna 2011 korvatuista matkoista lähes 80 prosenttia on tehty julkiseen terveydenhuoltoon. Noin 70 prosenttia matkoista tehtiin yliopisto- tai keskussairaalaan, terveyskeskuksiin noin 15 prosenttia, yksityisiin hoitolaitoksiin noin 5 prosenttia ja Kelan järjestämään kuntoutukseen noin 10 prosenttia. Valtaosa matkoista ei tule lainkaan korvausten piiriin, joten korvausrekisterissä olevat tiedot eivät kuvaa kaikkia toteutuneita matkoja tai matkakustannuksia. On jopa arvioitu, että asiakkaat hakevat korvausta vain noin 10 prosentista kaikista korvaukseen oikeuttavista matkoista. Eniten korvausta haetaan kalliista matkoista, kuten taksimatkoista ja ambulanssimatkoista.

Matkakorvauksia maksettiin vuonna 2011 noin 275 miljoonaa euroa, mikä on noin 7 prosenttia sairausvakuutusetuksien kokonaismenosta. Matkakustannusten korvausmeno on kasvanut noin 10 prosentin vuosivauhtia. Matkakustannusten kasvuun vaikuttavat muun muassa väestön ikääntyminen, joukkoliikenteen ja laitoshoidon väheneminen, palveluiden keskittyminen ja ostopalvelutoiminnan lisääntyminen. Yksittäisten tekijöiden vaikutusta matkakustannusten nousuun ei kuitenkaan tiedetä.

Sairausvakuutus korvaa matkat aina hoitopaikkaan saakka, kun kyse on kunnan järjestämästä sairaanhoidosta. Erityisesti ostopalvelulla ja palveluseteleillä tuotetut palvelut voivat sijaita kaukana vakuutetusta, mikä lisää matkakustannuksia. Kunnan ei päätöksiä tehdessään tarvitse ottaa huomioon matkoista syntyviä kustannuksia, koska ne korvataan sairausvakuutuksesta. Myös hoitojen keskittäminen, varsinkin yö- ja iltapäivystysten keskittäminen ja vanhuksien kotona asumista tukevat intervallihoitomatkat, nostavat matkakustannuksia.

Matkakustannusten kasvua on pyritty hillitsemään esimerkiksi matkojen yhdistämistoiminnan lisäämisellä erityisesti taksimatkoissa ja asiakkaan omavastuun nostamisella.

Kansaneläkelaitos on solminut Suomen Taksiliiton kanssa runkosopimuksen taksimatkojen suorakorvausmenettelystä. Sähköinen suorakorvausmenettely on jatkoa valtakirjamenettelylle, jossa asiakas valtuuttaa palvelujen tuottajan hakemaan ja saamaan hänelle myönnettävän matkakorvauksen. Kansaneläkelaitoksen ja Taksiliitto ry:n kanssa solmitun runkosopimuksen mukaan Kansaneläkelaitoksen korvaamat taksimatkat keskitetään sairaanhoitopiiriin alueella yhteen taksivälityskeskukseen. Tilausvälityskeskuksesta tulee olla valmiudet hoitaa koko sairaanhoitopiiriin alueen tilausvälitys-, yhdistely- ja muut suorakorvausmenettelyt. Tilausten keskittämisellä mahdollistetaan taksimatkojen luotettava sähköinen tiedonsiirto Kansaneläkelaitokseen. Taksien välityskeskukset ovat taksialan yhteisesti sopimia ja hallinnoimia yksiköitä.

Suorakorvausmenettely ei muuta sairausvakuutuksen korvausperusteita eikä taksin käyttöoikeutta. Sen käyttöönoton ensisijaisena tavoitteena on parantaa asiakaspalvelua. Asiakas maksaa suorakorvausmenettelyssä vain matkan sairausvakuutuslain mukaisen omavastuusuuden 9,25 euroa matkalta, jos matka tilataan keskitetysti taksien välityskeskuksesta. Suorakorvausmenettelyn käyttöönoton myötä asiakas ei voi tilata vakiotaksiaan välityskeskuksesta. Asiakas voi kuitenkin aina halutessaan tilata matkan muualta kuin palvelunumerosta, jolloin hän voi hakea itse jälkikäteen korvausta Kansaneläkelaitoksesta. Tuttuun vakiotaksiin ovat oikeutettuja Kansaneläkelaitoksen vaikeavammaisten lääkinnällisen kuntoutuksen asiakkaat, yksin matkustavat alle 16-vuotiaat lapset ja vaikeasti sairaat pikkulapset, joiden hoito on keskitetty keskus- tai yliopistosairaalaan.

Matkakustannusten korvausprosentti on korkea, keskimäärin noin 91 prosenttia matkakustannuksista. Matkakustannusten omavastuusuudet ovat pysyneet samoina vuodesta 2001 alkaen, jolloin yhdensuuntaisen matkan omavastuu nousi euroon siirtymisen myötä 9,25 euroon (45 markasta 55 markkaan) ja vuotuinen omavastuuraja 157,26 euroon (900 markasta 935 markkaan). Jyrki Kataisen hallitusohjelman mukaisesti matkakustannusten matkakohtaista omavastuuta nostettiin vuoden 2013 alussa 14,25 euroon, minkä jälkeen korvaustaso on noin 84 prosenttia. Korvaustaso kuitenkin vaihtelee kulkuneuvoittain. Esimerkiksi oman auton käytöstä matkat korvataan sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella säätämällä 0,20 euron kilometritaksalla.

Matkakustannusten kasvu tulee työryhmän arvion mukaan lisääntymään tulevaisuudessa, kun potilaan valinnanvapaus kansallisesti ja Euroopan sisällä lisääntyy. Asiakkaan omavastuuta koskevien muutosten lisäksi muita vaihtoehtoja matkakustannusten kasvun hillitsemiseksi on matkan korvaamisen rajoittaminen aina lähimpään hoitopaikkaan ja kunnan vastuun lisääminen matkakustannuksista.

Jos matka korvattaisiin kaikissa tapauksissa vain lähimpään hoitopaikkaan, hallinnollisen työn osuus saattaisi nousta suuremmaksi kuin matkakorvauksiin kohdistunut säästö. Kansaneläkelaitoksen tulisi aina jälkikäteen selvittää, mikä olisi ollut potilasta lähin tarkoituksenmukainen hoitopaikka. Myös taksien käyttämä suorakorvausmenettely vaikeutuisi, koska taksikuski ei voi etukäteen määritellä lähintä hoitopaikkaa.

Matkakustannukset ovat etenkin palvelusetelillä ja ostopalvelulla toteutetussa terveydenhuollossa olennainen osa terveydenhuollon kokonaiskustannuksista. Näin ollen saattaisi olla perusteltua, että matkakustannukset sisältyisivät palvelusetelillä tai ostopalveluna järjestetyn hoidon kokonaiskustannuksiin ja kuuluisivat kunnan kustannettavaksi, eivätkä tulisi lainkaan sairausvakuutuksesta korvattavaksi.

Toisena vaihtoehtona olisi, että Kansaneläkelaitos korvaisi matkakustannuksia nykyiseen tapaan, mutta laskuttaisi jälkikäteen kunnilta osan maksetuista matkakorvauksista kuntalaskutuksena. Mallin ongelmana on toimijoiden välisen hallinnollisen työn lisääntyminen, mutta toisaalta se lisäisi kunnan vastuuta tarkoituksenmukaisen joukkoliikenteen järjestämisestä.

### 3.4.5 Lääkkeet

Useissa suomalaista terveydenhuoltoa ja lääkehuoltoa arvioineissa raporteissa on nostettu esille lääkehoitojen monikanavainen rahoitus. Avohoidon lääkkeiden rahoitusvastuu kuuluu Suomessa sairausvakuutukselle ja laitoshoidon lääkkeiden rahoitusvastuu puolestaan kunnille. Tämän on katsottu voivan johtaa osaoptimointiin ja yhteiskunnan kannalta epärationalisiin lääkevalintoihin<sup>33</sup>. On esitetty, että julkisessa terveydenhuollossa voidaan valita potilaille kokonaistaloudellisesti kalliita hoitoja, jos ne ovat edullisia omalle kunnalle tai toimintayksikölle<sup>34</sup>. Toisaalta myös

<sup>33</sup> Mossialos E ja Srivastava D. Pharmaceutical policies in Finland. Challenges and opportunities. European Observatory on Health Systems and Policies and Ministry of Social Affairs and Health, Finland, Observatory Studies Series No 10, 2008.

<sup>34</sup> Huttunen Jussi. Lääkkeiden kustannusvastuun ongelmat ja ehdotuksia ongelmien ratkaisemiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2/2007. Helsinki 2007.

avohoidon lääkkeiden korvauspäätöksiin on katsottu liittyvän osaoptimoinnin vaara, jos lääkkeiden korvattavuudesta päättävä Lääkkeiden hintalautakunta ei huomioi päätöksissään riittävästi niiden vaikutuksia terveydenhuollon kokonaiskustannuksiin <sup>35</sup>.

Päätöksen lääkkeen kuulumisesta korvausjärjestelmään tekee sosiaali- ja terveysministeriön yhteydessä toimiva Lääkkeiden hintalautakunta. Kun lääkkeen korvattavuudesta päätetään, tarkastellaan sekä lääkkeen hoidollista arvoa, hintaa että kustannusvaikuttavuutta. Sairaaloiden ja muiden julkisten laitosten käyttämien lääkkeiden rahoitusvastuu on Suomessa laitoshoidon kautta kunnilla. Lääkkeiden hoidollisen ja taloudellisen arvon arviointiin ei laitoksissa ole samanlaista valtakunnallista arviointimenettelyä kuin avohoidon korvausjärjestelmässä, vaan laitokset ja sairaanhoitopiirit päättävät itse omasta lääkevalikoimastaan. Ne hankkivat lääkkeensä tarjouskilpailun perusteella, mutta yksittäisten laitosten sijaan kilpailuttamisen hoitavat yleensä suuret, useita sairaanhoitopiirejä käsittävät kilpailutusrenkaat <sup>36</sup>. Tämä voi johtaa epätasa-arvoon eri alueilla asuvien välillä, jos lääkehoitojen saatavuudessa esiintyy vaihtelua. Laitosten käyttämien lääkkeiden todellisia kokonaiskustannuksia ei myöskään tunneta. On kuitenkin viitteitä siitä, että valmisteiden hinnat voivat vaihdella merkittävästikin avo- ja laitoshoidossa. Lisäksi toistuvat lääkevaihdot potilaiden siirtyessä avohoidosta laitoshoitoon ja takaisin ovat mahdollisia.

Julkisesta terveydenhuollosta on mahdollista siirtää lääkekustannuksia sairausvakuutukselle kehittämällä potilaita hakemaan terveydenhuollon yksikössä annettava lääke itse avohoidon apteekista omalla tai sairausvakuutuksen kustannuksella. Tuoreessa tutkimuksessa tarkasteltiin synteettistä keltarauhashormonia sisältävästä kohtuun asennettavasta Mirena-valmisteesta maksettuja sairausvakuutuskorvauksia sekä niihin liittyviä yksityislääkärin palkkiosta maksettuja korvauksia. Kun Mirena-valmistetta käytetään sairauden hoitoon ja se asennetaan yksityislääkärin vastaanotolla, potilas saa siitä sairausvakuutuslain mukaisen peruskorvauksen. Pelkästään raskauden ehkäisyyn käytettävä Mirena-valmiste ei ole sairausvakuutuksesta korvattava. Terveydenhuoltolain 68 §:n mukaan ”terveyskeskuksen, sairaalan tai muun toimintayksikön avovastaanotolla annettavat lääkkeet kuuluvat toimintayksikön vastuulle silloin, kun lääkkeen antaa lääkäri tai hammaslääkäri taikka lääkärin tai hammaslääkärin valvonnassa muu terveydenhuollon ammattihenkilö” (terveydenhuoltolaki 1326/2010). Näin ollen terveyskeskuksessa tai sairaalassa asennettavan Mirena-valmisteen kustannukset kuuluvat laitoksen vastuulle silloin, kun valmiste on tarkoitettu sairauden hoitoon. Tutkimuksessa havaittiin, että noin 30 prosentilla naisista, jotka olivat saaneet sairausvakuutuskorvausta Mirenasta, ei ollut seuranta-aikana sairausvakuutuksesta korvattua yksityislääkärikäyntiä. Näistä tapauksista hieman yli 30 prosentissa reseptin kirjoittaneen lääkärin pääasiallinen työpaikka oli Lääkäriliiton jäsenkyselyn perusteella terveyskeskus. Tämä antaa viitteitä siitä, että kustannusten siirtoa sairausvakuutukselle ja potilaille tapahtuu suurella todennäköisyydellä. Jos oletetaan, että kustannuksista 30 prosenttia olisi kuulunut julkisen terveydenhuollon rahoitettavaksi, olisi kustannuksia siirtynyt sairausvakuutukselle noin 380 000 euroa ja potilaille noin 510 000 euroa, kun käytetään toteutuneiden ostojen keskimääräistä korvausosuutta 42,5 prosenttia. <sup>37</sup>

Rahallisesti merkittävämpänä esimerkkinä lääkehuollon kustannusten siirrosta kunnilta sairausvakuutukselle on usein julkisuudessa käytetty TNF- $\alpha$ :n estäjiä, jotka ovat uudehkoja ja kalliita biologisia lääkkeitä. Ensimmäisenä TNF- $\alpha$ :n estäjänä Suomessa otettiin käyttöön terveydenhuollon yksikössä laskimoon annosteltava infliksimabi. Tämän jälkeen avohoidon korvausjärjestelmään on hyväksytty muun muassa adalimumabi ja etanersepti, joita potilas voi annostella itse. Pelkät lääkekustannukset huomioiden adalimumabi ja etanersepti ovat infliksimabia kalliimpia. Näiden eri kanavien kautta rahoitettavien hoitovaihtoehtojen on arveltu

<sup>35</sup> Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen asiantuntijaryhmä. Sosiaali- ja terveydenhuollon monikanavaisen rahoituksen edut, haitat ja kehittämistarpeet. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Raportti 4/2011. Helsinki 2011.

<sup>36</sup> Aaltonen Katri, Saastamoinen Leena K, Koskinen Hanna ja Martikainen Jaana E. Onko monikanavaisuus lääkehuollon ongelma? Teoksessa: Mikkola Hennamari, Blomgren Jenni ja Hiilamo Heikki (toim.). Kansallista vai paikallista? Puheenvuoroja sosiaali- ja terveydenhuollosta. Kelan tutkimusosasto. Tampere 2012.

<sup>37</sup> Aaltonen Katri, Koskinen Hanna, Saastamoinen Leena K ja Martikainen Jaana E. Lääkkeiden monikanavarahoitus: Mitä kertoo tapaus Mirena? Teoksessa: Klavus Jan (toim.). Terveystaloustiede 2013. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki 2013.

johtavan kokonaistaloudellisesti epätarkoituksenmukaisiin hoitoratkaisuihin. Toisaalta on esitetty, että valmisteiden antotapa ja -taajuus saattavat olla merkittävässä asemassa hoitopäätöksiä tehtäessä. Esimerkiksi työikäisille voidaan valita valmiste (esim. adalimumabi), joka minimoi lääkitykseen liittyvät matka- ja aikakustannukset. Toisaalta infliksimabin käyttö on perusteltua niille potilaille, jotka eivät pysty tai eivät halua itse pistää lääkettä. Vuonna 2009 adalimumabia käyttäneistä 87 prosenttia oli työikäisiä ja etanerseptia käyttäneistä 79 prosenttia. Infliksimabia saaneiden ikäjakaumasta ei ole tietoa.<sup>38</sup> Lisäksi terveydenhuollon yksikössä annosteltavan valmisteiden kustannuksiin tulee lisätä siihen käytetyt terveydenhuollon henkilöstön aikakustannukset. Mikäli verrataan eri TNF- $\alpha$ :n estäjien markkinaosuuksia Suomessa ja Ruotsissa, voidaan havaita, että molemmissa maissa terveydenhuollon yksikössä annosteltavan infliksimabin markkinaosuus on laskenut viimeisten vuosien aikana. Esimerkiksi vuonna 2010 infliksimabin markkinaosuus oli Suomessa 38 prosenttia ja Ruotsissa alle 8 prosenttia. Myös sairaanhoitopiirien välillä on eroa sekä TNF- $\alpha$ :n estäjien kokonaiskulutuksessa että valmisteiden välisissä osuuksissa.<sup>39</sup> Tämä antaa viitteitä siitä, että mahdollisen kustannustensiirron lisäksi hoitokäytännöt ja niissä tapahtuvat muutokset vaikuttavat lääkevalintoihin.

### 3.4.6 Työvoimakysymykset

Vuoden 2012 alussa laillistettuja lääkäreitä oli Suomessa 25 312, joista Suomessa asuvia ja työikäisiä oli 19 642. Lääkäritiheys on noin 275 asukasta työikäistä lääkäriä kohden. Suomessa asuvista lääkäreistä 64 prosenttia eli 15 070 on erikoistunut. Heistä työikäisiä on 11 799.

Taulukko 14. Työikäiset lääkärit sairaanhoitopiireittäin.

Sairaanhoitopiiri	Työikäisiä lääkäreitä	Asukkaita/lääkäri
<b>Helsinki ja Uusimaa</b>	6 727	230
<b>Varsinais-Suomi</b>	2 152	219
<b>Satakunta</b>	517	436
<b>Kanta-Häme</b>	438	400
<b>Pirkanmaa</b>	2 300	213
<b>Päijät-Häme</b>	516	413
<b>Kymenlaakso</b>	359	487
<b>Etelä-Karjala</b>	305	434
<b>Etelä-Savo</b>	253	417
<b>Itä-Savo</b>	110	411
<b>Pohjois-Karjala</b>	391	434
<b>Pohjois-Savo</b>	1 265	196
<b>Keski-Suomi</b>	761	360
<b>Etelä-Pohjanmaa</b>	483	411
<b>Vaasa</b>	433	387
<b>Keski-Pohjanmaa</b>	186	404
<b>Pohjois-Pohjanmaa</b>	1 781	225
<b>Kainuu</b>	163	478
<b>Länsi-Pohja</b>	119	546
<b>Lappi</b>	304	389
<b>Ahvenanmaa</b>	79	359
<b>Koko maa</b>	19 642	275
<b>Ulkomailla tai tieto puuttuu</b>	1 586	
<b>Yhteensä</b>	21 228	

Lähde: Suomen Lääkäriliitto.

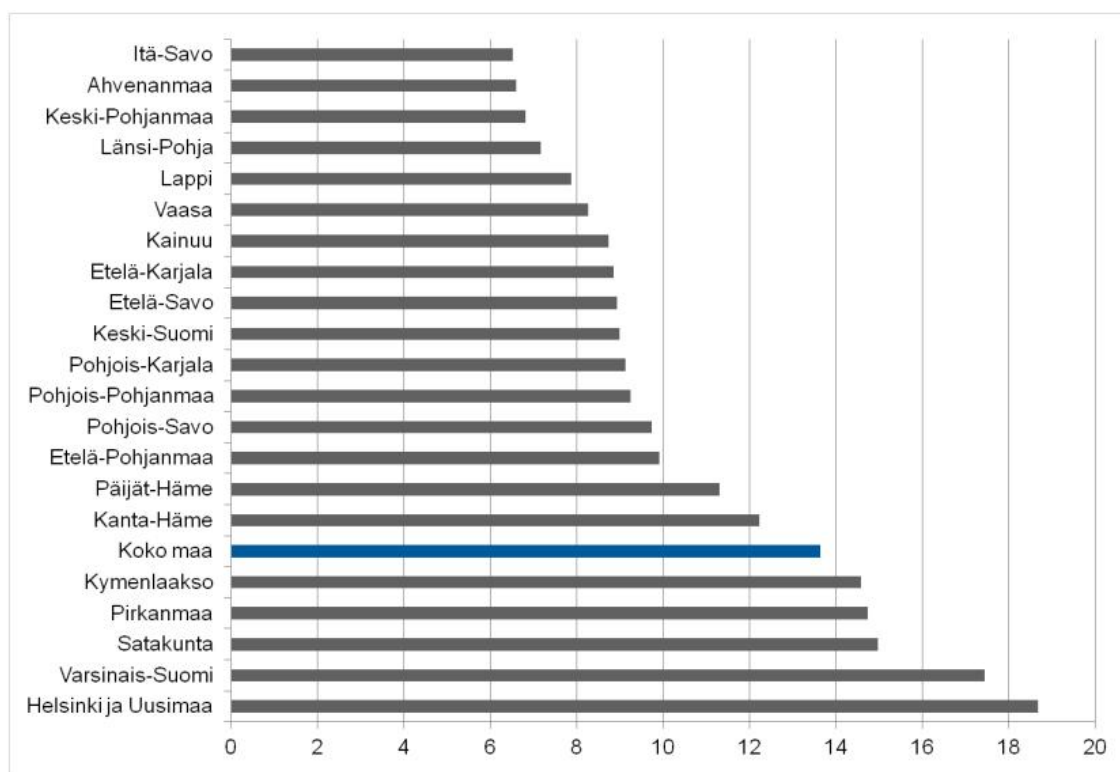
<sup>38</sup> Virta Lauri ja Mikkola Hennamari. TNF- $\alpha$ :n estäjien käyttö muuttuu – mutta millä perusteilla? Suomen Lääkärilehti 2011; 13(66): 1115–18.

<sup>39</sup> Virta Lauri. Lääkehuollon kustannussiirroista – maksaako kunta vai Kela? Esitys Kelan tutkimusosaston seminaarissa Yksityissektori ja sairaanhoitovakuutus, Helsinki 9.6.2011. Saatavissa: [http://www.kela.fi/in/internet/liite.nsf/NET/130611143417HJ/\\$File/Virta090611.pdf?openElement](http://www.kela.fi/in/internet/liite.nsf/NET/130611143417HJ/$File/Virta090611.pdf?openElement) (luettu 14.1.2013).

Lokakuussa 2012 lääkärivaje oli koko maan tasolla 6,3 prosenttia. Lääkärivajeessa on kuitenkin alueellisia vaihteluita. Suurin lääkärivaje on Etelä-Karjalassa (21 %), Kainuussa ja Itä-Savossa, pienin Varsinais-Suomessa.

Yli puolet terveyskeskuksista ei kärsi lääkärivajeesta lainkaan. Nämä terveyskeskukset hoitavat yhä suuremman osan väestöstä. Alle 10 prosenttia lääkäreistä puuttuu 27 terveyskeskuksesta. Yhteensä näiden terveyskeskusten alueella asuu 74 prosenttia suomalaisista. Pahiten lääkärivajeesta kärsivien terveyskeskusten alueella asuvan väestön määrä on vähentynyt edellisiin vuosiin verrattuna.

Sairausvakuutuksesta korvauksia lääkäripalkkioista, hammaslääkäripalkkioista ja tutkimuksesta ja hoidosta maksettiin eniten Helsingin ja Uudenmaan sekä Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiriin alueilla eli alueilla, joissa lääkärivaje on pieni. Korvauksia maksettiin vähiten Itä-Savossa, jossa lääkärivaje on muuta maata korkeampi. Näin ollen terveyskeskusten lääkärivajeella ei näyttäisi olevan yhteyttä sairausvakuutuksesta korvattuun yksityiseen terveydenhuoltoon, vaan lääkärivaje on suurin alueilla, joilla myöskään yksityisen terveydenhuollon palvelujen tarjonta ei ole runsasta. Lisäksi on otettava huomioon, että lääkärivaje on suurin perusterveydenhuollossa, kun taas sairaanhoitokorvauksia maksetaan eniten erikoissairaanhoidosta.



Kuvio 17. Korvaukset lääkäripalkkioista sairaanhoitopiireittäin vuonna 2011, euroa asukasta kohden. Lähde: Kelasto/Kelan tutkimusosasto.

Vuonna 2009 yksityislääkärinä toimi kaikkiaan noin 6 700 lääkärinä eli noin 30 prosenttia koko ammattikunnasta. Päätoimisesti yksityistä vastaanottoa piti noin 1 850 lääkärinä. Työterveyshuollossa työskenteli noin 1 050 lääkärinä. Terveyskeskuksissa työskenteli noin 3 500 lääkärinä ja sairaaloissa noin 7 900 lääkärinä.<sup>40</sup>

Yksityislääkärikäynteihin perustuvan liiketoiminnan kokonaiskulut ovat noin 230 miljoonaa euroa vuodessa. Sairausvakuutuksen korvauksilla on suurin merkitys lähinnä pienille yrityksille. Työryhmän arvion mukaan sairausvakuutuksella ei kuitenkaan ole suurta vaikutusta työvoiman liikkuvuuteen sektoreiden välillä. Yksityinen terveydenhuolto jatkaisi toimintaansa

<sup>40</sup> Suomen Lääkäriliitto. Lääkärikysely 2009. Tilastoja. Suomen Lääkäriliitto. Helsinki 2009.

sairaanhoitokorvauksien poistamisesta huolimatta. Osa toiminnasta saattaisi korvautua palvelusetelitoiminnan, ostopalvelun ja yksityisten sairaanhoitovakuutusten markkinoilla.

Suomessa lääkärit voivat työskennellä myös kaksoisroolissa eli sekä virkasuhteessa julkisessa terveydenhuollossa että yksityisessä terveydenhuollossa ammatinharjoittajana. Vuonna 2009 noin 4 600 lääkäriä piti päätoimensa ohessa sivutoimista yksityisvastaanottoa <sup>41</sup>. Kaksoisroolin mahdollistamista on toisaalta kritisoitu, mutta toisaalta se on myös nähty lääkäri työvoiman kokonaistyöpanoksen lisäämisenä.

Hammaslääkäriliiton syksyn 2012 jäsenkyselyn perusteella työelämässä olevia hammaslääkäreitä on Suomessa noin 4 325. Lisäksi Hammaslääkäriliittoon kuulumattomia hammaslääkäreitä on noin 250. Syksyn 2012 työmarkkinakyselyyn osallistuneista hammaslääkäreistä lähes puolet työskenteli terveyskeskuksissa, itsenäisinä ammatinharjoittajina 17 prosenttia, itsenäisinä työsuhteisina 12 prosenttia ja vuokralaisina ammatinharjoittajina 8 prosenttia.

Sivutyötä hammaslääkäreistä tekee 31 prosenttia. Yleisimmin sivutyö on päätoimessa sairaalassa (75 %) ja yliopistossa työskentelevillä (72 %). Terveyskeskuksissa työskentelevillä 27 prosentilla oli sivutyö. Yleisimmin sivutyö tehdään ammatinharjoittajana vuokralaisena.

Yksityishammaslääkäreistä suurin osa työskentelee ryhmävastaanotolla (72 %). Joka neljäs työskentelee yksittäisellä vastaanotolla. Joka kymmenes yksityishammaslääkäri ilmoitti, että potilaita on liian vähän. Valtaosa pitää kuitenkin potilasmäärää sopivana ja 18 prosenttia pitää potilasmäärää liian suurena. Eniten hyödyntämätöntä hoitokapasiteettia on Helsingin ja Oulun seuduilla.

Kansaneläkelaitoksen tutkimusosaston haastattelututkimuksessa kysyttiin yksityissektorin avaintoimijoiden käsityksiä sairausvakuutuksen roolista. Haastateltavien mukaan toimialalla on kiristynyt kilpailutilanne osaavasta työvoimasta. Tässä kilpailussa yksityissektorin vahvuuksina suhteessa julkiseen sektoriin pidettiin palkkauksen lisäksi joustavia työaikajärjestelyjä, miellyttävää työympäristöä ja koulutustarjontaa. Käytännössä lääkäreiden neuvotteluvoimaa pidettiin haastatteluissa vahvana, äärimmillään jopa niin vahvana, että he pystyvät määräämään hintansa työmarkkinoilla. Sairausvakuutuksen roolista yksityis palveluiden käyttöön saatiin tutkimuksessa ristiriitaisia tuloksia. Osa haastateltavista oli sitä mieltä, että sairausvakuutuskorvaukset lääkärin palkkioista sekä tutkimuksesta ja hoidosta ovat näivettyneet niin pieniksi, että niillä ei ole enää vaikutusta yksityis palveluiden kysyntään. Osa haastateltavista oli kuitenkin täysin päinvastaista mieltä. Haastateltavat nostivat esille muutamia alueita, kuten fysioterapia ja magneettitutkimukset, joissa sairausvakuutuskorvauksen nähtiin yhä säilyttäneen merkityksensä. Vaikka yksityissektorin katsottiin pääasiassa tarjoavan julkista sektoria täydentäviä palveluita, nähtiin niiden toimivan tietyillä toiminta-alueilla toistensa kilpailijoina. Näitä toiminta-alueita oli esimerkiksi työterveyshuolto. <sup>42</sup>

Lääkäriliiton vuonna 2009 tekemän toimipaikkakyselyn mukaan noin 6,5 prosenttia lääkäreistä ilmoitti päätoimiseksi työskentelysektorikseen työterveyshuollon. Näistä erikoislääkärin oikeudet oli noin 60 prosentilla. Noin viidesosalla työterveyshuollossa työskentelevistä lääkäreistä työnantajasektori oli kunta ja noin 80 prosenttia toimi yksityisellä sektorilla. <sup>43</sup>

Tutkimuksessa, jossa tarkastellaan työterveyshuollon palvelujen kustannusten alueellisia eroja, todettiin että työterveyshuollon ja perusterveydenhuollon avohoidon (pl. suun terveydenhuolto) kustannuksilla asukasta kohden on kunnittain käänteinen yhteys. Toisin sanoen, mitä enemmän työterveyshuollon kustannuksia kohdistuu kuntaan asukasta kohden, sitä matalammat ovat kuntien perusterveydenhuollon avohoidon menot asukasta kohti. Tutkimustulokset viittaavat vahvasti siihen, että työterveyshuolto tukee suurten kuntien perusterveydenhuoltoa. <sup>44</sup>

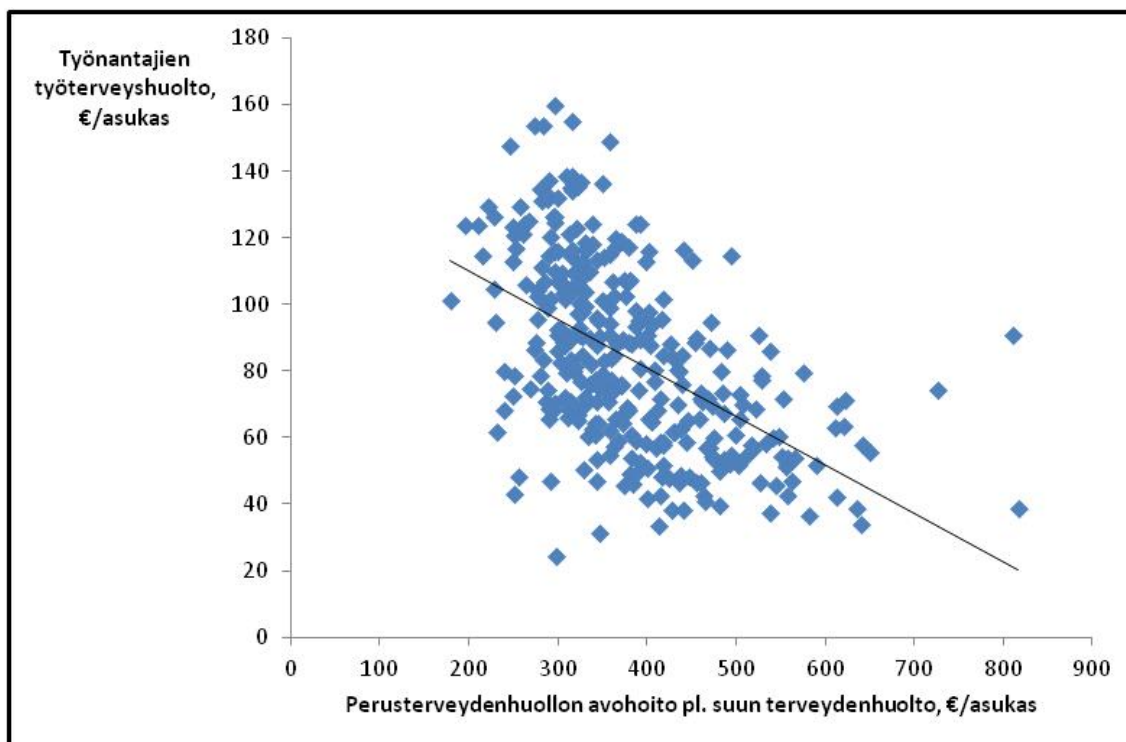
<sup>41</sup> Suomen Lääkäriliitto. Lääkärikysely 2009. Tilastoja. Suomen Lääkäriliitto. Helsinki 2009.

<sup>42</sup> Hiltunen Riina. Kela muuttuvassa terveyspalvelutuotannon toimintaympäristössä: Avainhenkilöiden haastattelut, väliraportti. (julkaisematon)

<sup>43</sup> Suomen Lääkäriliitto. Lääkärikysely 2009. Tilastoja. Suomen Lääkäriliitto. Helsinki 2009.

<sup>44</sup> Hujanen Timo ja Mikkola Hennamari. Työterveyshuollon palvelujen kustannusten alueelliset erot. Kela, Nettityöpaperi 42. Helsinki 2013.





Kuvio 18. Työnantajien työterveyshuollon ja kuntien perusterveydenhuollon avohoidon kustannukset, €/asukas kunnittain vuonna 2009.

Lähde: Hujanen Timo ja Mikkola Hennamari. Työterveyshuollon palvelujen kustannusten alueelliset erot. Kela, Nettityöpapereita 42. Helsinki 2013.

## 4 TYÖRYHMÄN JOHTOPÄÄTÖKSET JA EHDOTUKSET

### 4.1 SAIRAANHOITOVAKUUTUKSEN ROOLI OSANA SOSIAALI- JA TERVEYSPALVELUJÄRJESTELMÄÄ

Perustuslain 19 § 3 momentin perusteella julkisen vallan on turvattava jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut ja edistettävä väestön terveyttä. Säännös edellyttää, että julkinen valta turvaa palvelujen saatavuuden. Erityislainsäädännöllä kunnille on säädetty velvollisuus järjestää terveydenhuolto asukkailleen ja eräissä tapauksissa kaikille kunnassa oleskeleville. Kuntien järjestämien terveyspalvelujen tulee olla kattavia ja kaikkien saatavilla sosiaalisesta, taloudellisesta ja yhteiskunnallisesta asemasta riippumatta. Julkisen vallan tulee aktiivisesti luoda tosiasialliset edellytykset perusoikeuksien toteuttamiseksi. Valtion tulee lainsäädäntötoimin ja voimavaroja myöntämällä sekä kuntien asianmukaisella rahoituksella ja toiminnan järjestämisellä huolehtia siitä, että jokaiselle turvataan riittävät terveyspalvelut. Toiminnan edellyttämä rahoitus ja voimavarat toteutetaan pääosin kuntien verotusoikeudella ja valtion kunnille myöntämällä valtionosuuksilla.

Sairausvakuutuslaki toteuttaa osaltaan perustuslain 19 §:n 3 momentissa säädettyä riittävien sosiaali- ja terveyspalvelujen vaatimusta. Sairausvakuutuslakiin perustuvan lääkekorvausjärjestelmän tarkoituksena on turvata vakuutettujen sairauden hoidossa tarpeelliset avohoidon lääkkeet kohtuullisin kustannuksin. Sairausvakuutuslakiin perustuvien matkakorvausten tarkoituksena on puolestaan turvata vakuutettujen yhdenvertainen oikeus saada hoitoa tai tutkimusta asuinpaikasta riippumatta korvaamalla osa sairauden, raskauden tai synnytyksen vuoksi tehdyn matkan aiheuttamista tarpeellisista kustannuksista. Lääkärin- ja hammaslääkärinpalkkioiden ja hoidon ja tutkimuksen korvausjärjestelmän tarkoituksena on puolestaan täydentää julkisia palveluita korvaamalla osa yksityisten terveydenhuoltopalvelujen käyttämisestä aiheutuvista kustannuksista.

Sairausvakuutuksen keskeisenä tarkoituksena on tasata sairauksista aiheutuvia kustannuksia vakuutetun väestön kesken ja lisätä potilaan taloudellisia mahdollisuuksia käyttää yksityisen terveydenhuollon palveluja. Terveydenhuoltolain myötä potilaan valinnanvapaus on laajentunut ja laajenee edelleen vuoden 2014 alusta julkisen terveydenhuollon sisällä. Tästä huolimatta sairausvakuutuksella on edelleen roolinsa potilaan valinnanmahdollisuuksien laajentajana: sairaanhoitokorvausten tavoitteena on tukea potilaan taloudellisia mahdollisuuksia hankkia yksityisen terveydenhuollon palveluita, mikä voi turvata nopeamman hoitoon pääsyn sekä antaa mahdollisuuden valita hoidon ajankohta ja antaja sekä saada toinen lääketieteellinen arvio.

Toisaalta sairausvakuutuksen tehtävänä ei ole luoda potilaalle oikeuksia julkisen terveydenhuollon palveluvalikoimaa laajempaan palveluvalikoimaan. Sairausvakuutuksesta korvatun yksityisessä terveydenhuollossa annetun hoidon sisällön tulee jatkossakin noudattaa sitä yleisesti hyväksytyn hoitokäytännön mukaista hoitoa, jota julkisessa terveydenhuollossa noudatetaan. Lisäksi jatkossa tulee kiinnittää huomiota siihen, että hoitokriteerit ovat julkisen terveydenhuollon kanssa yhtenevät julkisin varoin tuetuissa palveluissa. Kansaneläkelaitoksen korvaustoimenpiteet perustuvat Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen ja Suomen Kuntaliiton koodistoihin ja noudattavat siten julkisen terveydenhuollon palveluvalikoimaa. Palveluvalikoimaa tulee tarkastella ja kehittää yhteistyössä edelleen.

Potilaan valinnanmahdollisuuden tukemisen ohella sairausvakuutus vähentää osaltaan julkisiin terveyspalveluihin kohdistuvaa kysyntää. Vuonna 2011 lähes kolmannes suomalaisista käytti yksityisen terveydenhuollon palveluita. Lääkäriissä käynnistä sai korvauksia yhteensä 1,6 miljoonaa vakuutettua 3,8 miljoonasta käyntikerrasta. Hammaslääkärikäyntejä korvattiin yhteensä noin miljoonalle vakuutetulle 2,8 miljoonasta käyntikerrasta. Korvausta maksettiin noin miljoonalle vakuutetulle 1,7 miljoonasta tutkimus- ja hoitotoimenpiteestä. Korvausmenot olivat

yhteensä noin 274 miljoonaa euroa. Julkisen rahoituksen näkökulmasta sairaanhoitovakuutus on edullinen tapa rahoittaa terveydenhuollon palveluita. Edullisuus perustuu potilaan suureen omavastuusuuteen.

Terveydenhuollon rahoituksen monikanavaisuus on usein nähty terveydenhuollon kokonaisuuden kannalta epätydyttävänä<sup>45</sup>. Järjestelmä saattaa kannustaa kuntia siirtämään kustannuksia sairausvakuutuksen kannettavaksi ja päinvastoin. Terveydenhuoltojärjestelmän kokonaisuus ei ole kansallisesti hallittavissa. Sairaanhoitovakuutuskorvausten lakkauttaminen ei kuitenkaan lakkauttaisi yksityistä terveydenhuoltoa eikä yksityisessä terveydenhuollossa tuotettujen palveluiden kysyntää. Sairaanhoitokorvausten lakkauttaminen saattaisi jopa lisätä sosioekonomisia eroja palvelujen käytössä, koska ilman lakisääteisen vakuutuksen kompensatiota pienituloisten taloudelliset mahdollisuudet täydentää julkisen terveydenhuollon palveluita yksityisen terveydenhuollon palveluilla heikkenisivät entisestään.

Lakisääteisestä vakuutuksesta maksettavien korvausten lakkauttaminen voisi myös laajentaa yksityisten terveystakuutusten markkinoita, joissa vakuutuksen hinta ja vakuutusehdot riippuvat yksilön terveystilasta. Lakisääteisessä sairausvakuutuksessa vakuutusmaksut puolestaan määräytyvät tulojen mukaan, ja kaikilla vakuutetuilla on maksuista riippumatta yhtäläinen oikeus lakisääteisiin etuuksiin. Kelan toimeenpaneman sairaanhoitovakuutuksen etuna suhteessa yksityisiin sairausvakuutuksiin ovat muun muassa yhdenvertainen asiakkaiden kohtelu koko maassa, kattava suorakorvausmenettely sekä ajantasainen ja luotettava yksityisten palveluiden käytön tilastointi.

Sairaanhoitokorvausten on usein nähty jakaantuvan epätasaisesti alueellisesti ja väestöryhmittäin. Tilastojen perusteella korvauksia lääkärin- ja hammaslääkärinpalkkion sekä tutkimuksen ja hoidon kustannuksista maksetaan eniten Etelä-Suomessa ja kaupungeissa asuville suuri- ja keskituloisille. Korvauksia maksetaan eniten alueille, joissa on tarjolla paljon yksityisen terveydenhuollon palveluita. Jos tarkasteluun otetaan mukaan sairaanhoitovakuutuksesta rahoitetut matkakorvaukset ja lääkekorvaukset, sairaanhoitokorvaukset jakaantuvat kokonaisuudessaan melko tasaisesti. Matkakorvauksia maksetaan eniten harvaan asutuilla alueilla asuville pienituloisille, kun taas lääkekorvaukset jakaantuvat tuloluokittain ja alueellisesti melko tasaisesti.

Sairaanhoitovakuutuksen lääkärin- ja hammaslääkärinpalkkioiden sekä tutkimuksen ja hoidon korvausten taso on laskenut tasaisesti viimeisen 20 vuoden aikana. Lääkärinpalkkioiden korvaustasoa on viimeksi korotettu vuonna 1989, jolloin korvaustaso oli 37,5 prosenttia ja hammaslääkärinpalkkiotaksaa vuonna 2008, jolloin tavoitteeksi asetettiin 40 prosentin korvaustaso. Työryhmän arvion mukaan nykyisellä noin 25 prosentin korvaustasolla (23,2 % keskimäärin vuonna 2011) sairaanhoitokorvaukset täyttävät vielä paikkansa suomalaisessa terveydenhuollossa kunnallisen terveydenhuollon täydentäjänä ja potilaiden valinnanmahdollisuuksien laajentajana. Ilman sairaanhoitovakuutuksen kehittämistä tai korvaustason nostamista lääkärinpalkkioiden korvaustaso tulee kuitenkin Kansaneläkelaitoksen arvion mukaan laskemaan vuoteen 2035 mennessä 10 prosenttiin<sup>46</sup>. Yhteiskunnan kannalta ei ole järkevää ylläpitää järjestelmää, josta maksettavilla korvauksilla ei ole enää merkitystä palveluiden käyttäjille ja jonka hallintokulut ovat epätarkoituksenmukaisen suuret suhteessa maksettaviin etuuksiin.

Jos sairausvakuutuksen lääkärin- ja hammaslääkärinpalkkioiden sekä tutkimuksen ja hoidon korvausjärjestelmään ei tehdä muutoksia, korvausjärjestelmän merkitys kaventuu asteittain korvaustason alentuessa ja näivettyä lopulta kokonaan. Korvausjärjestelmän poistuminen lisäisi todennäköisesti julkisen terveydenhuollon palveluiden kysyntää, mikä puolestaan lisäisi julkisen terveydenhuollon menoja. Sairaanhoitovakuutus on terveydenhuoltoon kohdennettua rahaa, jolla voidaan osaltaan vastata väestön palvelutarpeeseen ja vähentää julkiseen terveydenhuoltoon

<sup>45</sup> Mm. Sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaaliturvan muutoksenhakulautakuntaan saapuvien valitusten vähentämistä pohtivan työryhmän muistio. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2011:7. Helsinki 2011; OECD. OECD Economic Surveys: Finland 2012. OECD Publishing, 2012.

<sup>46</sup> Kansaneläkelaitos. Kelan tilastollinen vuosikirja 2011. Suomen virallinen tilasto. Kansaneläkelaitos, Sosiaaliturva 2012. Helsinki 2012.

kohdistuvaa kysyntää. Kansaneläkelaitoksen rekisterien perusteella sairaanhoitovakuutuksesta korvattujen yksityisten palvelujen kustannukset olivat noin 941 miljoonaa euroa vuonna 2011. Vastaavien palveluiden tuotantokustannuksia julkisessa terveydenhuollossa on vaikea arvioida. Kunnat saisivat asiakasmaksutuloja palveluiden järjestämisestä ja osa nykyisin yksityisessä terveydenhuollossa erikoislääkärin vastaanotolla annetusta hoidosta annettaisiin julkisessa terveydenhuollossa yleislääkärin vastaanotolla, mikä pienentäisi jonkin verran kustannuksia yksityisesti tuotettuihin palveluihin verrattuna. Lisäksi kustannusten arvioinnissa on otettava huomioon, ettei kunnan järjestämisvastuu vastaa kaikilta osin yksityisten terveystalvelujen markkinoilla muodostunutta kysyntää.

Aikaisemmissa selvityksissä on ehdotettu sairaanhoitokorvauksiin käytettävän rahamäärän siirtämistä kuntien valtionosuuksiin <sup>47</sup>. Lääkäripalkkioiden, hammaslääkäripalkkioiden sekä tutkimuksen ja hoidon kustannuksista maksettiin vuonna 2011 korvauksia yhteensä noin 274 miljoonaa euroa. Tästä puolet eli 137 miljoonaa on valtion osuutta, joka olisi periaatteessa siirrettävissä esimerkiksi valtionosuusjärjestelmän kautta kunnille perustalvelujen rahoittamiseen. Käytännössä rahamäärä on kuitenkin järjestämisvastuussa oleville kunnille jaettuna niin pieni, ettei sillä pystyttäisi vastaamaan kuin pieneen osaan siitä palvelutarpeesta, joka sairausvakuutuskorvausten lakkauttamisen jälkeen kohdistuisi kuntien palveluihin.

Työryhmän arvion mukaan on epätodennäköistä, että aikaisemmin sairausvakuutuskorvauksilla tuettu yksityisen terveydenhuollon kysyntä siirtyisi sellaisenaan julkisen terveydenhuollon kysynnäksi. Kansainvälisten tutkimusten mukaan terveystalveluissa hintajousto on pientä eli terveystalveluiden hinta vaikuttaa vain vähän terveystalveluiden käyttöön <sup>48</sup>. Kotimaista tutkimustietoa terveystalveluiden hintajoustopista on kuitenkin vähän.

Kelan korvaustilastojen ja Tulonjakoaaineiston (1990–2009) perusteella korvaustason lasku on vähentänyt yksityisten palvelujen käyttöä ainoastaan pienituloisessa väestössä. Suurituloisten käyttöön korvaustason lasku ei ole juuri vaikuttanut. Todennäköisesti henkilöt, jotka ovat tottuneet käyttämään yksityisen terveydenhuollon palveluita ja joilla olisi niihin edelleen varaa, jatkaisivat yksityisen terveydenhuollon palveluiden käyttöä myös sairausvakuutuskorvausten poistumisen jälkeen. Korvausten poistuminen siirtäisi julkisen terveydenhuollon käyttäjiksi henkilöt, joille palvelun hinnalla on merkitystä. Toisaalta, jos yksityisten terveystalveluiden käyttö vähenisi, yksityisten terveydenhuollon palvelujen tarjoajat saattaisivat kompensoida asiakkaiden vähentymistä nostamalla hintoja, jolloin yksityisen terveydenhuollon käyttämisestä tulisi asiakkaalle entistä kalliimpaa. Toisaalta kysynnän väheneminen voisi myös lisätä yksityisten palvelujen tuottajien välistä kilpailua, mikä voisi johtaa hintojen alenemiseen. Vaikutukset julkisten ja yksityisten terveystalveluiden käyttöön riippuvat pitkälti siitä, miten julkinen terveydenhuolto pystyy vastaamaan lisääntyneeseen kysyntään, miten yksityisen terveydenhuollon kilpailutilanne kehittyy ja miten yksityisten sairaanhoitovakuutusten markkinat kehittyvät.

Sairausvakuutuksen roolia tarkasteltaessa tulee ottaa huomioon myös ulkomailta annetun hoidon korvaaminen ja vuoden 2014 alusta implementoitavan potilaiden liikkuvuusdirektiivin vaatimukset. Potilasdirektiivi laajentaa potilaan oikeuksia rajat ylittävässä terveydenhuollossa. Direktiivin perusteella potilaalla on oikeus toisessa jäsenvaltiossa annetun hoidon kustannuksista samansuuruiseen korvauksen kuin hän olisi ollut oikeutettu vastaavassa hoidossa kotimaassa. Suomen nykyinen kaksikanavainen terveydenhuoltojärjestelmä saattaa mahdollistaa hoidon korvaamisen joko kunnallisen terveydenhuollon kustannusten perusteella tai sairausvakuutuskorvauksena.

Direktiivin kansallista täytäntöönpanoa valmistellaan niin, että sitä koskeva lainsäädäntö tulisi voimaan samaan aikaan kuin kansallinen valinnanvapaus laajenee vuonna 2014. Direktiivin

<sup>47</sup> Mm. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen asiantuntijaryhmä. Sosiaali- ja terveydenhuollon monikanavaisen rahoituksen edut, haitat ja kehittämistarpeet. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Raportti 4/2011. Helsinki 2011.

<sup>48</sup> Manning W, Newhouse J, Duan N, Keeler E, Leibowitz A, Marquis S. Health insurance and the demand for medical care: evidence from a randomized experiment. *American Economic Review* 1987; 77: 251–277; Klavus Jan, Pekurinen Markku, Järvelin Jutta ja Mikkola Hennamari. Asiakasmaksut terveydenhuollon rahoituksessa. *Kansantaloudellinen aikakauskirja* 2004; 100(4):440–456.

Saatavissa <http://www.taloustieteellinenyhdistys.fi/images/stories/kak/kak42004/kak42004klavus.pdf>.

täytäntöönpanoa valmistelee sosiaali- ja terveysministeriön asettama rajat ylittävän terveydenhuollon ohjausryhmä (STM033:00/2011).

## 4.2 TYÖRYHMÄN EHDOTUKSET

### 4.2.1 Sairausvakuutuksen sairaanhoitokorvausjärjestelmän ja kunnallisen terveystalujärjestelmän yhteen sovit-taminen sekä sairausvakuutusjärjestelmän kehittäminen

Työryhmän tehtävänä oli selvittää sairausvakuutuksen roolia osana sosiaali- ja terveystalujärjestelmää. Työryhmän toimeksiannon mukaisesti tavoitteena oli tarkastella, miten kunnallista terveystalujärjestelmää ja sairausvakuutusjärjestelmää sovitetaan yhteen monikanavaisen rahoitusjärjestelmän ongelmien vähentämiseksi. Tavoitteena oli selvittää, miten sairausvakuutus voi parhaalla mahdollisella tavalla tukea ja täydentää julkisen terveydenhuollon palveluita.

Asettamispäätöksensä mukaan työryhmän tuli selvittää sairausvakuutusjärjestelmän ja kunnallisen terveydenhuollon yhteensovittamiseksi kytkennät julkisen terveydenhuollon palveluiden ja sairausvakuutuksen tukeman toiminnan välillä. Näinä selvitettävänä asioina asettamispäätöksessä mainittiin odotusajan hinta, hoitovaihtoehtojen hinta, miten paljon sairausvakuutuksen korvaamat palvelut lisäävät terveydenhuollon ja kuntoutuksen toimivuutta sekä minkälaisilla käytännöillä mahdollista osaoptimointia voidaan vähentää. Lisäksi työryhmän tuli selvittää ja tehdä ehdotukset sairaanhoitovakuutuksen korvausjärjestelmän kehittämiseksi.

Kunnallisen terveydenhuollon ja sairausvakuutusjärjestelmän peruseräperiaatteet ja toimintamekanismit ovat hyvin erilaisia. Kunnallinen terveydenhuolto rakentuu kunnan vastuulle järjestää tarpeellinen terveydenhuolto kunnan asukkaille. Sairausvakuutusjärjestelmä taas on vakuutusmaksuilla rakentuva valtakunnallinen järjestelmä, joka antaa vakuutuksen piiriin kuulvalle henkilölle oikeuden korvaukseen hänelle yksityisen terveydenhuollon palveluiden käytöstä aiheutuvista kustannuksista. Sairausvakuutusjärjestelmän sairaanhoitokorvaukset lisäävät potilaan taloudellisia mahdollisuuksia käyttää yksityisen terveydenhuollon palveluita. Sairaanhoitovakuutus on terveydenhuoltoon kohdennettua rahaa, jolla voidaan osaltaan vastata väestön palvelutarpeeseen ja vähentää julkiseen terveydenhuoltoon kohdistuvaa kysyntää. Järjestelmien peruseräkohtien ja toimintamekanismien erilaisuuden vuoksi kunnallisen terveydenhuollon ja sairausvakuutusjärjestelmän yhteensovittaminen on haastavaa. Sairaanhoitokorvausjärjestelmä on kuitenkin vakiintunut osaksi suomalaista terveydenhuoltojärjestelmää vuosikymmenten aikana.

Työryhmän yhtenä tehtävänä oli selvittää sairaanhoitovakuutuksesta korvatuille palveluille vaihtoehtoisen hoidon hinta julkisessa terveydenhuollossa. Kansaneläkelaitoksen rekisterien perusteella on laskettu, että yksityissektorin tuottamien sairausvakuutuskorvattujen palvelujen arvo kunnan järjestämistä vastuulla olisi arviolta kaikkiaan noin 900 – 1 000 miljoonaa euroa. Lääkäripalkkioiden, hammaslääkäripalkkioiden sekä tutkimuksen ja hoidon kustannuksista maksettiin vuonna 2011 korvauksia yhteensä noin 274 miljoonaa euroa. Vaikka kaikki sairaanhoitovakuutukseen kohdistuva kysyntä ei sellaisenaan siirtyisi julkiseen terveydenhuoltoon, sairaanhoitovakuutus on siitä huolimatta yhteiskunnalle varsin edullinen tapa tuottaa palveluja. Edullisuus perustuu siihen, että potilas maksaa itse suurimman osan kustannuksista.

Työryhmä on tarkastellut viittä erilaista vaihtoehtoa sairausvakuutuksen lääkäri- ja hammaslääkäripalkkioiden sekä tutkimuksen ja hoidon korvausjärjestelmän ja sairausvakuutuksen roolin kehittämiseksi: a) korvaustason nostaminen, b) sairaanhoitovakuutuksesta korvattujen yksityisen terveydenhuollon porrastaminen, c) sairaanhoitokorvausten kohdentaminen tiettyjen erikoisalojen palveluihin, d) korvausten kohdentaminen suuriin kustannuksiin ja e) julkisen terveydenhuollon tukeminen ja sektorien välisen yhteistyön kehittäminen sairaanhoitovakuutuksesta ohjatuilla varoilla.

*a) Korvaustason nostaminen.* Sairaanhoidovakuutuksesta korvattu yksityinen terveydenhuolto täydentää julkisen terveydenhuollon palveluita ja sairaanhoitokorvaukset tukevat potilaan taloudellisia mahdollisuuksia hakeutua hoitoon yksityiseen terveydenhuoltoon. Korvaustason mataluuden vuoksi sairaanhoidovakuutusta on kuitenkin pidetty eriarvoistavana, koska se tarjoaa mahdollisuuden nopeampaan hoitoon pääsyyn niille, joilla on mahdollisuus maksaa hoidostaan enemmän. Sairausvakuutuksen sairaanhoidovakuutuksen kehittämistyöryhmä ehdotti vuonna 2007 edellä mainittujen epäkohtien korjaamiseksi 40 prosentin korvaustasoa. Korvaustason nostaminen nykyisestä edellyttäisi lisärahoitusta sairaanhoidovakuutukseen, mikä merkitsisi valtion rahoitusosuuden sekä vakuutettujen sairaanhoitomaksujen korottamista. Tällä hetkellä korvaustasoa ei tarkisteta hinta- ja kustannuskehityksen perusteella. Vakuutetun korvaustason ylläpitäminen edellyttäisi siten säännöllistä mekanismia, kuten indeksitarkistusta, korvaustason hiipumisen estämiseksi.

Hammaslääkäripalkkiotaksan korottamisesta saadut kokemukset osoittivat, että osa korvaustason korottamisesta valuu palkkioiden hintoihin. Näin ollen korvaustason nostamisen käänköpuolena on hintojen mahdollinen nousu, jolloin vakuutetun maksuosuus ei pienene suunnitelmien mukaisesti. Jotta korvaustason korottaminen ei valuisi kustannusten kehityksestä riippumatta hintoihin ja jotta korvaustason korottaminen hyödyttäisi täysimääräisesti vakuutettua, korvaustason nostamista tulisi työryhmän arvion mukaan täydentää hinnansäätelymekanismeilla. Sairaanhoidovakuutuksen kehittämistyöryhmä on tarkastellut erilaisia vaihtoehtoja hintojen sääntelylle vuonna 2007 valmistuneessa muistiossaan. Hintojen nousua voitaisiin rajoittaa esimerkiksi hintakatoilla, jolloin sairausvakuutuskorvattavuuden edellytykseksi asetettaisiin kattohintaa. Jos peritty hinta ylittäisi kattohinnan, korvausta ei maksettaisi. Tällöin tulisi huolehtia siitä, että hintakattojen asettaminen ei johda hinnoilla keinotteluun ja kustannusten kattamiseen eikorvattavilla kustannuksilla ja niiden kasvattamisella. Osa yksityisistä palveluntuottajista perii jo tällä hetkellä huomattavan korkeita toimistomaksuja, jotka eivät ole sairausvakuutuslain mukaan korvattavia.

*b) Sairaanhoidovakuutuksesta korvatun yksityisen terveydenhuollon porrastaminen.* Toisena kehittämisvaihtoehtona työryhmä on tarkastellut keinoja porrastaa sairaanhoidosta korvattua yksityistä terveydenhuoltoa. Sairaanhoidovakuutusta on kritisoitu siitä, että erikoislääkärille voidaan hakeutua tarpeettomasti ja tarpeettomista käynneistä aiheutuu lisäkustannuksia yleislääkärikäyntiin verrattuna. Jos sairausvakuutuksesta korvatussa yksityisessä terveydenhuollossa edellytettäisiin julkisen terveydenhuollon tavoin hoidon porrastusta siten, että erikoislääkärille voitaisiin hakeutua vain yleislääkärin läheteellä, korvaukset erikoislääkärikäynneistä kohdistuisivat niille vakuutetuille, joille yleislääkäri on arvioinut käynnin olevan tarpeellinen. Hoidon porrastus voisi kuitenkin lisätä käyntejä sekä vakuutetun kustannuksia erikoislääkärin palveluita edellyttävissä tilanteissa, koska nykyisen yhden korvatun erikoislääkärikäynnin sijaan tarvittaisiin kaksi käyntiä.

*c) Sairaanhoidovakuutuksen korvausten kohdentaminen tiettyjen erikoisalojen palveluihin.* Kolmantena kehittämisvaihtoehtona työryhmä on tarkastellut sairaanhoidovakuutuksen korvausten kohdentamista siten, että korvauksia maksettaisiin sellaisten erikoisalojen palveluiden kustannuksista, joiden saatavuus on julkisessa terveydenhuollossa rajallista. Tällaisia ovat esimerkiksi gynekologien, silmälääkäreiden ja lastentautien erikoislääkäreiden palvelut. Vaihtoehtoisesti joidenkin erikoisalojen korvaustaso voisi olla suurempi, vaikka korvattavuutta ei sinänsä olisi rajoitettu. Korvausten kohdentamisen etuna olisi korvauksiin käytettävän rahamäärän suhteellinen kasvu, jolloin myös korvaustasoa voitaisiin nostaa. Toisaalta sairaanhoitokorvausten kohdentaminen tietyille erikoisaloille saattaisi johtaa erikoislääkäreiden siirtymiseen nykyistä laajemmin yksityiselle sektorille ja heikentää näiden palveluiden saatavuutta julkisessa terveydenhuollossa. Kohdentaminen muuttaisi myös sairausvakuutuksen luonnetta koko kansan tarpeellisen sairaanhoidon kustannusten korvaamisesta enemmän erikseen määriteltujen erityisryhmien vakuutuksen suuntaan. Myös vakuutusperiaate horjuisi, koska kaikki

sairaanhoitomaksua maksavat eivät olisi enää oikeutettuja tarpeellisen sairaanhoidon korvauksiin, vaan korvauksia maksettaisiin vain tiettyjen harvojen alojen palveluiden kustannuksista.

*d) Korvausten kohdentaminen suuriin kustannuksiin.* Neljäntenä kehittämisvaihtoehtona työryhmä on tarkastellut korvausten kohdentamista suuriin kustannuksiin, kuten tiettyihin kalliisiin toimenpiteisiin ja tutkimuksiin. Vastaavasti kuten priorisoinnissa, kohdentaminen suuriin kustannuksiin rajaisi sairaanhoitokorvauksia vain tiettyihin potilasryhmiin. Tällöin myös korvaustasoa voitaisiin nostaa. Työryhmä piti kuitenkin ongelmallisena sitä, että korvauksia ei maksettaisi enää lääkärin- tai hammaslääkärin työstä, vaan pelkästään heidän määräämistään kalliista tutkimuksista tai toimenpiteistä.

*e) Julkisen terveydenhuollon tukeminen ja sektorien välisen yhteistyön kehittäminen sairaanhoitovakuutuksesta ohjatuilla varoilla.* Viidentenä kehittämisvaihtoehtona työryhmä on pohtinut mahdollisuutta ohjata sairaanhoitokorvausjärjestelmästä varoja julkisen terveydenhuollon kehittämiseen tai tukea sairausvakuutusjärjestelmällä julkisen terveydenhuollon kehittämistä ja julkisen terveydenhuollon ja yksityisen terveydenhuollon yhteistyötä.

Terveyspalveluiden tuotannossa yksityisen toiminnan merkitys on lisääntynyt 2000-luvulla. Vuonna 2009 kuntien ja kuntayhtymien ostamien terveyspalvelujen arvo oli yhteensä 400 miljoonaa euroa. Yksityisen sektorin tuottamien ostopalvelujen osuus terveyspalvelujen kokonaistuotoksesta oli noin kolme prosenttia. Vuoden 2012 helmikuussa 38 terveysasemaa oli ulkoistettu (väestöpohja noin 400 000) ja kuntien terveys- ja vanhuspalvelujen ulkoistuksiin erikoistuneiden yritysten liikevaihto oli kivunnut lähes 300 miljoonaan euroon <sup>49</sup>. Myös palvelusetelitä on kokeiltu erityisesti kaihi-leikkauksissa ja hammashoidossa.

Suun terveydenhuollossa sairaanhoitovakuutuksen ja kuntien yhteistyöhankekokeilu on laajenemassa useampaan kuntaan. Käynnissä olevassa hankkeessa kunnat ovat hyödyntäneet yksityissektorin palveluita lähinnä jonon purussa. Yhteistyöhankeen tavoitteena on kuitenkin myös edistää sektoreiden hoitokäytäntöjen yhtenäistämistä. Työryhmä pitää kuitenkin ongelmallisena, että yhteistyöhankekokeilussa potilaan valitessa yksityisen palveluntuottajan kunnallisen sijaan, vastuu hoidon kokonaiskustannuksista siirtyy pääosin asiakkaalle.

Ensimmäisenä vaihtoehtona tarkasteltiin mallia, jossa sairaanhoitokorvauksia maksettaisiin kuntien valitsemien yksityisten palveluntuottajien tarjoamien terveydenhuoltopalvelujen käytöstä. Tässä mallissa sairaanhoitovakuutuksesta ohjattavalla rahalla tuettaisiin järjestämisvastuussa olevaa kuntaa, jos se tuottaa palvelut yksityistä terveydenhuoltoa hyödyntämällä. Ongelmana työryhmä kuitenkin piti sitä, että vakuutusmaksuilla rahoitettaisiin kuntien järjestämisvelvollisuuden piiriin kuuluvia palveluita.

Työryhmä tarkasteli myös hoidon porrastusmallia, jossa julkisessa terveydenhuollossa toimivan yleislääkärin lähete olisi edellytyksenä yksityisessä terveydenhuollossa toimivan erikoislääkärin antaman hoidon kustannusten korvaamiselle. Korvaus maksettaisiin sellaisten yksityisten terveyspalvelujen käytöstä, joiden kanssa kunta olisi tehnyt sopimuksen. Jos yleislääkäri katsoo potilaan hoidon edellyttävän erikoislääkärin hoitoa, potilas voisi valita haluaako hän lähetteen erikoislääkärille julkiseen terveydenhuoltoon vai edellä mainitun kunnallisen terveydenhuollon sopimuskumppanina toimivan yksityisen palveluntuottajan luo. Yksityisestä palvelusta potilaalle maksettaisiin sairausvakuutuskorvaus. Lääkärinpalkkiosta maksettavaa korvaustasoa voitaisiin kuitenkin korottaa nykyisten korvauskustannusten puitteissa, koska osa potilaista hakeutuisi suoraan yksityiselle erikoislääkärille. Tällöin korvausta ei maksettaisi ja korvattavat käynnit näin ollen vähenisivät. Vaihtoehto lisäisi kuitenkin huomattavasti terveyskeskuskäyntejä ja julkisen terveydenhuollon menoja. Kansaneläkelaitoksen arvion mukaan julkisen terveydenhuollon portinvartijakulut voisivat olla enimmillään jopa 160 miljoonaa euroa.

Vaihtoehtoisena mallina työryhmä tarkasteli mallia, jossa kunnat veloitettaisiin maksamaan osa sen asukkaiden käyttämän yksityisen terveydenhuollon kustannuksista. Tässä mallissa

<sup>49</sup> Vaara Annareetta ja Mikkola Hennamari. Jatkuuko terveysasemien ulkoistaminen? Suomen Lääkärilehti 2012; 33(67): 2212–13.

pyrittäisiin tehostamaan hoitoon pääsyä julkiseen terveydenhuoltoon asettamalla korvausvastuu kunnille, joiden asukkaat käyttävät paljon yksityisen terveydenhuollon palveluita. Tämä laajentaisi kunnan järjestämisvastuuta myös korvausvelvollisuudeksi. Tämä vaihtoehto edellyttäisi lisärahoitusta kunnille ja yksityisestä terveydenhuollosta haettujen palveluiden tarpeellisuuden nykyistä tehokkaampaa valvontaa. Tällaista valvontaa ei ole ollut tarkoituksenmukaista rakentaa nykyisillä korvaustasoilla. Malliin liittyy lukuisia avoimia kysymyksiä, sillä se muuttaisi olennaisesti nykyistä kunnallisen terveydenhuollon järjestämistapaa.

### ***Työryhmän johtopäätökset ja ehdotukset***

Työryhmä tarkasteli viittä erilaista vaihtoehtoa sairausvakuutuksen lääkärin- ja hammaslääkärinpalkkioiden sekä tutkimuksen ja hoidon korvausjärjestelmän ja sairausvakuutuksen roolin kehittämiseksi. Työryhmä ei kuitenkaan muodostanut lopullista ehdotusta sairaanhoitokorvausten kehittämissuunnasta, kohdentamisesta tai optimaalisesta korvaustasosta. Sairausvakuutuksen korvausjärjestelmän ja sen roolin kehittämisvaihtoehtoja arvioitaessa on otettava huomioon myös tulevat ratkaisut julkisen terveydenhuollon palvelurakenteesta. Lisäksi palvelurakennemuutoksen valmistuttua voitaisiin selvittää tarvetta arvioida vaihtoehtoisia keinoja terveydenhuoltojärjestelmän kokonaisrahoituksen kehittämiseksi.

Työryhmä korostaa, että sairaanhoitokorvausjärjestelmän korvausten vähittäinen hiipuminen ei ole terveydenhuoltojärjestelmän kokonaisuuden kannalta tarkoituksenmukaista. Sairaanhoitovakuutus on terveydenhuoltoon kohdennettua rahaa ja sairaanhoitovakuutuksesta korvatulla yksityisellä terveydenhuollolla on vielä nykyisillä korvaustasoilla julkista terveydenhuoltoa täydentävä roolinsa suomalaisessa terveystaloudessa. Sairaanhoitokorvaukset lisäävät potilaan taloudellisia mahdollisuuksia valita yksityinen terveydenhuollon palveluiden tuottaja ja ne voivat siten osaltaan nopeuttaa hoitoon pääsyä. Sairaanhoitovakuutuksen korvaukset matka- ja lääkekorvaukset mukaan lukien jakautuvat nykyisellään kokonaisuutena tasaisesti väestöryhmittäin ja alueellisesti. Lisäksi sairausvakuutus vastaa osaltaan yhteiskunnan kannalta edullisin kustannuksin palvelukysyntään ja -tarpeeseen. Terveydenhuoltojärjestelmän kokonaisuuden ja sosioekonomisten erojen kaventamisen näkökulmasta sairaanhoitokorvausten korvaustason jatkuva aleneminen ja korvausten poistuminen voi pikemminkin heikentää kuin tehostaa kokonaisjärjestelmän toimivuutta. Korvaustason laskiessa sairaanhoitovakuutuksen merkitys kuitenkin pienenee ja pieni- ja keskituloisilla on entistä rajallisemmat mahdollisuudet käyttää yksityisen terveydenhuollon palveluita. Samalla ei kuitenkaan ole varmuutta siitä, missä määrin julkisten palveluiden tarve lisääntyisi ja miten julkinen terveydenhuolto pystyisi siihen vastaamaan.

Ennen kokonaisratkaisun aikaansaamista työryhmä pitää tärkeänä nykyisten sairaanhoitokorvausten korvaustasojen ylläpitämistä siten, että korvausjärjestelmään rakennettaisiin keinoja, esimerkiksi hintakattojärjestelmä ja indeksitarkistukset, korvaustason näivettymisen ehkäisemiseksi.

Työryhmä ehdottaa, että sairaanhoitovakuutuksen ja perusterveydenhuollon yhteistyöhankkeita ja niiden tarkoituksenmukaisuutta selvitetäisiin meneillään olevan suun terveydenhuollon yhteistyöhankkekokeilusta saatujen kokemusten pohjalta ja samalla arvioitaisiin, onko kokeiluhankkeita tarkoituksenmukaista laajentaa muuhun terveydenhuoltoon. Yhteistyöhankkeiden kehittämisen lisäksi tulisi selvittää myös muita mahdollisuuksia kunnan ja yksityisen sektorin yhteistyön tiivistämiseen palvelujen järjestämisessä.



## 4.2.2 Hintojen avoimuus ja kokonaiskustannusten läpinäkyvyys

Työryhmän asettamispäätöksen mukaan selvitystyön tavoitteena oli sairausvakuutusjärjestelmän ymmärrettävyyden parantaminen. Myös valtiontalouden tarkastusvirasto katsoi tuloksellisuustarkastuskertomuksessa 228/2011, että mahdollisuuksia järjestelmän ymmärrettävyyden parantamiseksi tulee selvittää.

Työryhmä kannatti jo sairaanhoitovakuutuksen kehittämistyöryhmässä vuonna 2007 esiin tullutta ehdotusta korvausjärjestelmän yksinkertaistamisesta siirtymällä euromääräiseen korvausmenettelyyn. Ehdotus toteutettiin jo työryhmätyön aikana, ja se tuli voimaan vuoden 2013 alusta. Korvausjärjestelmän euromääräistämisen myötä asiakas saa yksityisen terveydenhuollon kustannuksistaan Kansaneläkelaitoksen vahvistaman taksaluettelon mukaisen euromääräisen korvauksen. Euromääräinen korvaus yksinkertaistaa korvausjärjestelmää, helpottaa sen ymmärrettävyyttä ja lisää potilaan mahdollisuuksia arvioida hänen maksettavakseen jäävää osuutta palvelun kokonaiskustannuksesta.

Työryhmän tuli asettamispäätöksen mukaan myös selvittää keinoja kustannusten hillitsemiseksi esimerkiksi palveluntarjoajien välistä hintakilpailua ja kansalaisten hintatietoisuutta lisäämällä. Samaa ehdotti myös valtiontalouden tarkastusvirasto, joka tarkastuskertomuksessaan katsoi, että hintojen vertailtavuuden parantamista ja niiden tuomista kansalaisten vaivattomasti saatavaksi tulisi kehittää.

Sairaanhoitovakuutuksen taksajärjestelmän heikkoutena on pidetty hintasääntelyn puuttumista. Korvaustason nostaminen saattaa vaikuttaa perittyjen palkkioiden hintoihin, koska palvelujen tuottajat saavat hinnoitella vapaasti tuotteensa. Hammaslääkäripalkkiotaksojen vuoden 2008 korotuksista 30–40 prosenttia on arvioitu siirtyneen hintoihin <sup>50</sup>.

Työryhmän arvion mukaan hintojen nykyistä suurempi näkyvyys ja julkisuus voisivat osaltaan lisätä potilaan mahdollisuutta vertailla palvelujen tuottajien perimiä hintoja ja edistää siten hintakilpailua. Tällä hetkellä potilaan on vaikea tietää eri palveluntuottajien hintoja, koska hintoja ei ole aina helposti saatavilla ja ilmoitettujen hintojen vertailtavuus on hankalaa. Myös samassa lääkärikeskuksessa ammatinharjoittajina toimivien lääkäreiden perimät palkkiot voivat olla erisuuruisia.

Kuluttajansuojalaki (38/1978) ja hintamerkintäasetus (1359/1999) edellyttävät, että yksilöidyn tuotteen tai palvelun hinta on ilmoitettava markkinoinnissa eli esimerkiksi internetissä palveluntarjoajan sivuilla. Pelkästään vastaanotolla oleva hintaluettelo ei siten riitä. Jos kyse ei ole varsinaisesta toimenpiteestä, internetissä on ilmoitettava palvelun hinnanmääräytymisperuste (esimerkiksi 20 minuutin vastaanottoaika). Jos toimenpiteen tarkkaa hintaa on jostain syystä mahdotonta ilmoittaa, Kuluttajavirasto on hyväksynyt toimenpiteelle ilmoitettavaksi hinnaksi myös hintahaarukan tai alkaen- hinnan.

Kela avasi keväällä 2012 yksityisten palvelujen hintavertailusovelluksen internetiin ([www.kela.fi/hintavertailu](http://www.kela.fi/hintavertailu)). Kelaston sovelluksen avulla voi vertailla kuntalaisten maksamia keskimääräisiä yksityissektorin tuottamien yleisimpien toimenpiteiden hintoja. Edellisen vuoden tiedot päivitetään aina vuosittain helmikuussa. Asiakkaan näkökulmasta rekisteritietojen avulla tehty hintavertailu ei ole täysin ajantasaista. On myös havaittu, että palveluntuottajat korjaavat hintojaan eritahtisesti. Myöskään palveluntuottajien toimistomaksuja ei rekisteröidä, koska niistä ei makseta korvausta.

Sairaanhoitovakuutuksesta korvattavan yksityisen terveydenhuollon hintojen läpinäkyvyyttä ja avoimuutta voitaisiin lisätä tehostamalla palveluntuottajien veloitetta pitää hintoja julkisesti esillä niin, että asiakkaalla olisi jo palvelun tuottajan valintatilanteessa nykyistä paremmin selvillä

<sup>50</sup> Maljanen Timo, Komu Merja ja Mikkola Hennomari. Sairausvakuutuksen taksankorotusten vaikutus hammaslääkärien perimiin palkkioihin. Teoksessa: Klavus Jan (toim.). Terveystaloustiede 2011. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki 2011.

palvelun hinta. Hinnat voitaisiin julkistaa esimerkiksi Kelan ylläpitämässä valtakunnallisessa tietoportaalissa. Hintojen päivittämisen tulisi olla palveluntuottajien vastuulla. Vaihtoehtoisesti palveluntuottajat voisivat listautua Kansaneläkelaitoksen ylläpitämään palveluntuottajaluetteloon, johon kuuluvien palveluntuottajien palveluista olisi oikeus sairaanhoitokorvaukseen. Jos hintojen julkaiseminen tietoportaalissa asetettaisiin korvauksen maksamisen edellytykseksi, palveluntuottajien intressi hintojen julkaisemiseen ja päivittämiseen kasvaisi. Toisaalta hintojen julkisuuden asettaminen korvauksen saamisen edellytykseksi rajoittaisi vakuutetun oikeutta saada korvausta, jos palveluntuottaja ei olisi täyttänyt velvollisuuttaan julkistaa hinnat.

Työryhmän toimeksiannon mukaan rahoituksen läpinäkyvyyden ja kokonaisuuden vaikuttavuuden seuraamiseksi palveluiden kokonaiskustannukset tulisi olla järjestämisestä vastuussa olevilla tahoilla tiedossa. Kokonaiskustannusten läpinäkyvyyttä voitaisiin parantaa arvioimalla ja julkaisemalla yleisimpien hoitojen kokonaiskustannukset. Kokonaiskustannusten selvittäminen yksittäistapauksittain olisi hallinnollisesti työlästä ja kallista toteuttaa.

### *Työryhmän ehdotukset*

Työryhmä ehdottaa, että palveluntuottajien velvoitetta pitää hintoja julkisesti esillä tehostettaisiin, jolloin asiakkaalla olisi jo palvelun tuottajan valintatilanteessa nykyistä paremmin selvillä palvelun hinta. Hinnat voitaisiin julkistaa esimerkiksi valtakunnallisessa tietoportaalissa, jota Kela kehittää yhteistyössä palveluntuottajien kanssa.

Kokonaiskustannusten läpinäkyvyyden parantamiseksi työryhmä ehdottaa, että Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos ja Kansaneläkelaitos velvoitettaisiin yhteistyössä tekemään julkisia arvioita yleisten hoitojen keskimääräisistä kokonaiskustannuksista, joissa tulisi eritellä hoidon hinta, lääke- ja matkakustannukset ja -korvaukset sekä sairauspäivärahanenot.

## 4.2.3 Osaoptimoinnin vähentäminen

Osana sairausvakuutusjärjestelmän ja kunnallisen terveydenhuollon yhteensovittamista työryhmän tuli etsiä keinoja osaoptimoinnin vähentämiseksi. Terveystieteidenhuoltojärjestelmää koskevissa selvityksissä<sup>51</sup> rahoituksen monikanavaisuuden on monesti katsottu aiheuttavan tehottomuutta ja osaoptimointia. Monikanavainen rahoitusjärjestelmä voi kannustaa epätarkoituksenmukaiseen palveluiden tarjontaan ja kustannusvastuun siirtämiseen osapuolelta toiselle.

Kysymys osaoptimoinnista ja tehottomuudesta nousee erityisesti esille tilanteissa, joissa samaa hoitokokonaisuutta rahoitetaan sekä julkisesta terveydenhuollosta että sairaanhoitovakuutuksesta. Näin on erityisesti matkakorvausten ja lääkekorvausten kohdalla, jolloin sairaanhoitovakuutuksesta korvataan osaa julkisessa terveydenhuollossa tapahtuvasta hoitokokonaisuudesta.

Osaoptimointitilanteet voidaan jakaa lainsäädännön puitteissa tapahtuvaan osaoptimointiin ja lainvastaiseen osaoptimointiin. Lainsäädännön sisäiseen osaoptimointiin voidaan vaikuttaa lainsäädännön ja järjestelmän muutoksilla, kun taas lainvastaiseen osaoptimointiin voidaan puuttua valvonnan tehostamisella.

<sup>51</sup> Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitoksen asiantuntijaryhmä. Sosiaali- ja terveydenhuollon monikanavaisen rahoituksen edut, haitat ja kehittämistarpeet. Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos, Raportti 4/2011. Helsinki 2011; OECD. OECD Reviews of Health Systems: Finland 2005. OECD Publishing, 2005.

## *Sairauspäivärahat*

Hallituksen tavoitteena on työurien pidentäminen alusta, lopusta ja keskeltä. Hoitoon pääsyyn odottaminen voi lisätä sairauspoissaoloja ja sairauspäivärahamenoja. Tehdyn tutkimuksen (Virta 2013) perusteella leikkaukseen odottamisesta syntyvät sairauspäivärahamenot ovat enintään 17 miljoonaa euroa, joka on noin 2 prosenttia vuonna 2008 täyden sairauspäivärahan (773 milj. €) maksuksesta. Suurin osa hoitoon jonottaneista on jonotusaikana työssä. Odotusajan hintaa on tarkasteltu tarkemmin nykytilan arvion kohdassa Sairauspoissaolot, sairauspäivärahat ja hoitotakuu. Toisaalta ei ole tietoa siitä, miten muihin julkisen terveydenhuollon palveluihin, kuten mielenterveyspalveluihin, jonottaminen vaikuttaa sairauspäivärahamenoihin.

Tällä hetkellä ei ole olemassa riittävästi tietoa siitä, mitkä tekijät vaikuttavat sairauspäiväraajaksojen pituuteen tai hoitojonoihin. Hoitoon pääsyn odottamisen yhteyttä sairauspäivärahamenoihin tulisi selvittää sairaanhoitopiirikohtaisesti. Hoitojonojen pituuden ja sairauspäivärahojen yhteyttä voitaisiin selvittää Kelan ja THL:n yhteistyöllä. Selvitystyön perusteella voitaisiin etsiä keinoja, miten työtulovakuutuksen ja kunnallisen terveydenhuollon yhteistyöllä voitaisiin luoda kannusteita lyhentää hoitojonoja. Selvityksen perusteella voitaisiin myös kokeilla hoitoon pääsyn nopeuttamista edistävien kannusteiden toimivuutta erillisellä rahoituksella alueilla, joissa yksi taho vastaisi palveluiden järjestämisestä. Lisäksi selvityksen perusteella tulisi arvioida hoitoon pääsyä koskevan lainsäädännön muutostarpeita.

## *Lääkkeet*

Lääkekorvausjärjestelmän kehittämistä selvitettiin sosiaali- ja terveysministeriön asettamassa lääkekorvausjärjestelmän kehittämistyöryhmässä, jonka määräaika päättyi 31.12.2012. Työryhmän yhtenä tehtävänä oli selvittää, tulisiko kunnallisen terveydenhuollon ja sairausvakuutuksen rahoitusvastuuta täsmentää erikseen määrätyissä tilanteissa, joissa vaihtoehtoina ovat kunnallisessa terveydenhuollossa annettava lääkitys tai sairausvakuutuksesta korvattava avohoidon lääkitys. Lääkekorvaustyöryhmän tehtävänannon vuoksi sairausvakuutuksen roolia selvittävä työryhmä on keskittynyt tarkastelemaan mahdollisia osaoptimointitilanteita.

Avo- ja laitoshoidon rajapinnan monimutkaisuus mahdollistaa kustannusvastuun siirtämisen toimijalta toiselle omien kustannusten säästämiseksi. Vaikka kustannusvastuun siirrosta aiheutuvat kustannukset eivät välttämättä ole suuri menoerä sairausvakuutukselle, yksittäisen potilaan kannalta kustannukset voivat olla merkittäviä. Julkisen terveydenhuollon asiakkaalle saatetaan antaa lääkemääräys, jolla potilas ostaa lääkkeen apteekista, mutta lääke annetaan potilaalle julkisen terveydenhuollon poliklinikalla. Kustannusvastuu poliklinikalla annosteltavasta lääkkeestä kuuluu kuitenkin julkiselle terveydenhuollossa. Myös laitoshoidon ostopalvelutilanteissa on tullut esiin tilanteita, joissa lääkehoito on jätetty ostopalvelusopimuksen ulkopuolelle ja potilas on joutunut laitoshoidon aikana maksamaan lääkkeensä itse, koska sairausvakuutuksesta ei korvata laitoshoidon aikana annetun lääkehoidon kustannuksia. Kunnan järjestämän laitoshoidon aikana annetun lääkehoidon kustannusvastuu on aina kunnalla riippumatta siitä, kuka palvelun tuottaa. Sairausvakuutuksen ja kunnallisen terveydenhuollon välisten rajanveto-ongelmien vuoksi potilas saattaa joutua maksamaan lääkkeen kokonaan itse tai apteekki ei saa toimittamastaan lääkkeestä korvausta Kelasta. Potilaat voivat olla eriarvoisessa asemassa asuinpaikasta, hoitopaikasta tai hoitavasta lääkäristä riippuen.

Avo- ja laitoshoidon rajapinnan selkeyttämistä ja lääkekustannusten lainmukaista jakautumista voitaisiin edistää nykyistä tarkemmalla ohjeistuksella ja valvonnalla. Kunnan järjestämisvastuulla olevan palveluasumisen asiakasmaksujen säädösmuutostarpeita selvitetään parhaillaan sosiaali- ja terveysministeriön asettamassa työryhmässä, jonka toimikausi päättyy vuoden 2013 lopulla. Lisäksi lääkkeitä määrättäessä tulisi aina ottaa huomioon lääkkeen kustannukset avohoidossa. Rationaalisia lääkkeen määräämiskäytäntöjä tulisi edistää lääkekorvausjärjestelmän kehittämistyöryhmän esittämien vaihtoehtojen pohjalta.

## Ensihoito

Erityisesti ensihoidon korvaamiskäytännössä on usein nähty piirteitä osaoptimoinnista. Sairaanhoidovakuutuksesta korvataan ensihoitopalveluun sisältyviä sairaankuljetuksia. Palveluntuottaja perii vakuutetulta kuljetuksesta sairausvakuutuslain mukaisen omavastuusuuden ja Kela korvaa kustannukset palveluntuottajalle yleensä suorakorvauksena tämän tekemän tilityksen perusteella. Korvausta maksetaan vain kuljetuksesta, ei ennen matkaa tai matkan aikana annettusta ensihoidosta.

Ensihoidon korvauskäytännön on katsottu kannustavan potilaan kuljettamiseen ottamatta huomioon potilaan tilanarviota ja hoitoa, sillä kuljetukseen johtamattomista tehtävistä korvausta ei pääsääntöisesti suoriteta. Korvauskäytäntö onkin johtanut siihen, että potilaita saatetaan kuljettaa tarpeettomasti hoitolaitokseen tai lähimpään hoitopaikkaan tarkoituksenmukaisimman hoitopaikan sijasta, mikä edellyttää jatkokuljetuksia. Tämä kuormittaa terveydenhuollon päivystyspisteitä ja ensihoitopalvelujen rajallisia ambulanssimääriä, mikä puolestaan heikentää avunsaantimahdollisuuksia.

Nykyistä vakuutettu- ja matkakohtaista korvauskäytäntöä on useassa selvityksessä pidetty esteenä ensihoidon kehittämiseksi. Korvausjärjestelmä ei kannusta tehostamaan ensihoitoa, koska ensihoidon tehostaminen ja kuljetusten vähentäminen pienentäisivät palveluntuottajille suoritettavia korvauksia. Ensihoito- ja sairaankuljetuspalvelujen selvitysmiesraportissa<sup>52</sup> ehdotettiin rahoitusjärjestelmän uudistamista läpinäkyvämmäksi ja paremmin kokonaispalvelua tukevaksi. Sosiaali- ja terveysministeriön asettaman sairaankuljetuksen ja ensihoidon kehittämisen ohjausryhmän mukaan ensihoidon rahoitus tulisi muuttaa nykyisestä vakuutettu- ja matkakohtaisesta korvauskäytännöstä vastaamaan kokonaisvaltaisen palvelun rahoittamista<sup>53</sup>.

Ensihoidon rahoituksen kehittämistyöryhmä ehdotti vuoden 2012 keväällä valmistuneessa muistiossa rahoitusjärjestelmän uudistamiseksi hyvää ensihoitopalvelua kehittävää korvausmallia, jossa sairaanhoitopiirille maksettaisiin korvaus hyvän ensihoitopalvelun järjestämisestä aiheutuneista tarpeellisista ja kohtuullisista kustannuksista. Korvausosuus määräytyy sairaanhoitopiirikohtaisesti määriteltävän laskennallisen enimmäismäärän perusteella. Enimmäismäärää määriteltäessä otettaisiin huomioon sairaanhoitopiirin ensihoitotehtävien määrä ja kuljetusten pituudet sekä sairaanhoitopiirin väestömäärä ja sairastavuus.

Työryhmän arvion mukaan ensihoidon rahoituksen muuttaminen ensihoidon rahoituksen kehittämistyöryhmän ehdotusten pohjalta edistäisi ensihoidon tavoitteellista kehittämistä ja saattaisi vähentää turhia kuljetuksia. Työryhmä piti kuitenkin ongelmallisena sitä, että vakuutusmaksuperusteisesta sairaanhoidovakuutuksesta korvattaisiin julkisen terveydenhuollon vastuulle kuuluvaa hoitoa.

Työryhmä nosti esille vaihtoehdon, että sairaanhoitopiirin järjestämisvastuulla oleva ensihoito rahoitettaisiin jatkossa kokonaan julkisen terveydenhuollon rahoituskanavien kautta. Sairaanhoidovakuutuksesta korvattiin ambulanssikuljetuksia yhteensä 88 miljoonalla eurolla vuonna 2011. Valtion sairaankuljetuksen korvauksiin käytettävä rahamäärä eli 44 miljoonaa euroa siirrettäisiin tässä vaihtoehdossa valtionosuuksiin. Erikseen tulisi selvittää, miten sairaanhoidovakuutusmaksujen tuotolla rahoitettu 44 miljoonan osuus nykyisistä sairaankuljetuksen korvauksista kerättäisiin jatkossa. Eräs vaihtoehto olisi alentaa sairausvakuutuksen sairaanhoitomaksuja 44 miljoonaa euroa vuodessa ja ohjata esimerkiksi valtion verotuksesta vastaava määrä kuntien valtionosuuteen.

<sup>52</sup> Kuisma Markku. Ensihoito- ja sairaankuljetuspalvelujen kehittäminen – selvitysmiehen raportti. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2007:26. Helsinki 2007.

<sup>53</sup> Sosiaali- ja terveysministeriö. Selvitys ensihoidon ja sairaankuljetuksen kehittämisestä. Sairaankuljetuksen ja ensihoidon kehittämisen ohjausryhmän loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:13. Helsinki 2009.

### *Työryhmän ehdotukset*

Avo- ja laitoshoidon rajapinnan selkeyttämistä ja lääkekustannusten lainmukaista jakautumista voitaisiin työryhmän mielestä edistää nykyistä tarkemmalla ohjeistuksella ja valvonnalla. Lisäksi lääkkeitä määrättäessä tulisi aina ottaa huomioon lääkkeen kustannukset avohoidossa. Työryhmä ehdottaa, että rationaalisia lääkkeen määräämiskäytäntöjä tulisi edistää lääkekorvausjärjestelmän kehittämistyöryhmän esittämien vaihtoehtojen pohjalta.

Työryhmän mielestä ensihoidon rahoitusta tulisi selkeyttää. Vuonna 2012 ensihoidon rahoituksen kehittämistyöryhmän enemmistö ehdotti korvausmallia, jossa sairaanhoitopiirille maksettaisiin korvaus hyvän ensihoitopalvelun järjestämisestä aiheutuneista tarpeellisista ja kohtuullisista kustannuksista. Vaihtoehtona voitaisiin selvittää sairaanhoitopiirin järjestämisvastuulla olevan ensihoidon rahoittamista jatkossa kokonaan julkisen terveydenhuollon rahoituskanavien kautta, jolloin valtion nykyisin ensihoitoon sisältyvän sairaankuljetuksen korvauksiin käytettävä rahamäärä eli 44 miljoonaa euroa siirrettäisiin valtionosuuksiin. Erikseen tulisi selvittää, miten sairaanhoitovakuutusmaksujen tuotolla rahoitettu 44 miljoonan osuus nykyisistä sairaankuljetuksen korvauksista kerättäisiin jatkossa.

Työryhmä ehdottaa, että Kela selvittäisi yhteistyössä THL:n kanssa hoitojonojen pituuden ja sairauspäivärahojen yhteyttä. Tarkastelun tulisi tapahtua sairaanhoitopiireittäin. Selvityksen perusteella etsitään keinoja, miten työtulovakuutuksen ja kunnallisen terveydenhuollon yhteistyöllä voitaisiin luoda kannusteita lyhentää hoitojonoja. Selvityksen perusteella voitaisiin myös kokeilla hoitoon pääsyn nopeuttamista edistävien kannusteiden toimivuutta erillisellä rahoituksella alueilla, joissa yksi taho vastaisi palveluiden järjestämisestä. Lisäksi selvityksen perusteella tulisi arvioida hoitoon pääsyä koskevan lainsäädännön muutostarpeita.

## 4.2.4 Matkakorvaukset

Kansaneläkelaitoksen korvaamien matkakustannusten korvausmeno on kasvanut noin 10 prosentin vuosivauhtia. Matkakustannusten kasvuun vaikuttavat muun muassa polttoaineiden hintojen nousu, väestön ikääntyminen, joukkoliikenteen ja laitoshoidon väheneminen, palveluiden keskittyminen ja ostopalvelutoiminnan lisääntyminen. Yksittäisten syiden vaikutusta matkakustannusten kasvuun ei tiedetä. On kuitenkin selvää, että muun muassa palveluiden keskittäminen ja ostopalveluiden lisääntyminen lisäävät terveydenhuoltoon tehtäviä matkoja, koska matkat julkiseen terveydenhuoltoon korvataan aina hoitopaikkaan asti. Potilaan valinnanvapauden lisääntyminen saattaa lisätä sekä terveydenhuoltoon tehtäviä matkoja että matkakustannuksia. Matkakorvausten osalta työryhmä on tarkastellut keinoja sekä kustannusten hillitsemiseksi että osaoptimoinnin vähentämiseksi.

Matkakustannusten korvaamisessa olisi perusteltua erottaa tilanteet, joissa vakuutettu käyttää valinnanvapauttaan ja matkustaa oma-aloitteisesti hoitoon lähintä hoitopaikkaa kauemmaksi ja tilanteet, joissa hoito on keskitetty tietyille paikkakunnalle tai vakuutettu lähetetään hoitoon kauemmaksi. Työryhmän näkemyksen mukaan potilaan käyttäessä valinnanvapauttaan ja hakeutuessa hoitoon lähintä hoitopaikkaa kauemmaksi, matkat tulisi korvata pääsääntöisesti aina lähimpään hoitopaikkaan sekä julkisessa että yksityisessä terveydenhuollossa. Yleislääkäritason palveluissa lähimpänä hoitopaikkana pidettäisiin oman kunnan pääterveyskeskusta ja erikoislääkäritason palveluissa lähintä yliopistollista sairaalaa. Jos potilas saisi maksusitoumuksen hoitoon tai hoito olisi keskitetty, lähimmäksi hoitopaikaksi katsottaisiin määrätty hoitopaikka eli matka korvattaisiin aina hoitopaikkaan asti. Lähimmän hoitopaikan periaatetta voitaisiin soveltaa myös rajat ylittävien matkojen korvaamisessa ja se olisi sopusoinnussa potilaiden liikkuvuusdirektiivin ja EU-tuomioistuimen oikeuskäytännön kanssa.

Matkakustannusten rajaaminen lähimpään hoitopaikkaan potilaan käyttäessä valinnanvapauttaan ei hillitse matkakustannusten kasvua tilanteissa, joissa on kyse julkisen terveydenhuollon järjestämisestä johtuvista seikoista. Julkisen terveydenhuollon päätösten vaikutusta matkakustannuksiin ei kuitenkaan tiedetä. Matkakustannusten suuruuteen vaikuttavien tekijöiden selvittämiseksi työryhmä ehdottaa, että matkakustannuksia tarkasteltaisiin yhdellä tai useammalla kokeilualueella, jossa sosiaali- ja terveystalveluiden järjestäminen olisi yhden tahon vastuulla.

Kokeiluhankkeen arvioinnin perusteella voitaisiin selvittää mahdollisuutta rakentaa hoidon järjestämisestä vastuussa olevalle taholle kannusteita hoidon kokonaiskustannusten hallitsemiseksi. Lisäksi julkisen terveydenhuollon lähipalveluiden ja sisäisten konsultaatiokäytäntöjen kehittämisellä voitaisiin estää tarpeettomia matkoja ja niistä syntyviä kustannuksia. Matkakorvausjärjestelmän kehittäminen ei saa johtaa lähipalveluiden heikentämiseen, vaan tukea niiden saatavuutta.

Myös sairausvakuutuksesta maksettavan yöpymisrahan korottamisen vaikutuksia matkakorvausmenoihin tulisi työryhmän arvion mukaan selvittää. Yöpymiskorvaus on tarkoitettu tilanteisiin, joissa yöpyminen matkan aikana on vaihtoehto potilaan päivittäiselle matkustamiselle hoitopaikkakunnalle. Sen perusteella ei pääsääntöisesti korvata yöpymiskustannuksia tutkimuksen ja hoidon ajalta tai ajalta, jolloin potilas odottaa hoitoon pääsyä. Yöpymisraha maksetaan nykyisin aiheutuneiden kustannusten perusteella, kuitenkin enintään 20,18 euroa henkilöltä vuorokaudessa. Yöpymisrahan korottaminen lisäisi potilaan valinnanmahdollisuuksia ja matkan pituudesta riippuen, yöpymiskorvauksen lisääntynyt käyttö saattaisi myös vähentää matkakorvausmenoja erityisesti sarjahoitotilanteissa.

Lisäksi työryhmä tarkasteli oman auton käytön korvaamisen kehittämistä keinona hillitä matkakustannusten nousua. Tällä hetkellä oma auto luokitellaan niin sanotuksi erityisajoneuvoksi, jonka käyttö edellyttää lääkärin arviota erityisajoneuvon tarpeellisuudesta. Korvaus oman auton käytöstä on nykyisin 0,20 e/km. Jos oman auton käytön luokittelu erityisajoneuvona poistettaisiin, oman auton käyttö sairauden vuoksi tehdyissä matkoissa voisi lisääntyä, mikä puolestaan vähentäisi kustannuksiltaan osittain kalliiden taksimatkojen osuutta. Oman auton kilometrikorvauksen tasoa tarkasteltaessa tulisi jatkossakin ottaa huomioon ainoastaan oman auton käytöstä aiheutuneet välittömät käyttökustannukset.

Yhteiskunnan tukemien matkojen yhteensovittamista selvittää myös liikenne- ja viestintäministeriön asettama selvitysmies. Selvitystyössä arvioidaan joukkoliikenteen ja muiden julkisin varoin toteutettavien henkilökuljetusten (opetustoimen koululaiskuljetusten, sosiaali- ja terveystoimen kuljetusten sekä Kelan korvaamien kuljetusten) yhdistämistä tavoitteena tehostaa julkista liikennettä ja turvata julkiset liikennepalvelut myös haja-asutusalueella. Selvitystyön määräaika päättyy 31.3.2013.

### *Työryhmän ehdotukset*

Työryhmä ehdottaa, että matkojen korvaamista koskevia säännöksiä muutettaisiin siten, että potilaan käyttäessä valinnanvapauttaan ja hakeutuessa hoitoon lähintä hoitopaikkaa kauemmaksi, matkat korvattaisiin pääsääntöisesti aina lähimpään hoitopaikkaan sekä julkisessa että yksityisessä terveydenhuollossa.

Matkakustannusten osaoptimointiin ja suuruuteen vaikuttavien tekijöiden selvittämiseksi työryhmä ehdottaa, että matkakustannuksia tarkasteltaisiin yhdellä tai useammalla kokeilualueella, jossa sosiaali- ja terveystalveluiden järjestäminen olisi yhden tahon vastuulla. Kokeiluhankkeen arvioinnin perusteella tulisi selvittää mahdollisuutta rakentaa hoidon järjestämisestä vastuussa olevalle taholle kannusteita hoidon kokonaiskustannusten hallitsemiseksi. Lisäksi julkisen terveydenhuollon sisäisten konsultaatiokäytäntöjen kehittämisellä voitaisiin estää tarpeettomia matkoja ja niistä syntyviä kustannuksia.

Työryhmä ehdottaa, että kustannusten hillitsemiseksi selvitetäisiin myös yöpymisrahan korottamisen vaikutuksia sekä oman auton käyttöön liittyvien säännösten tarkistamistarpeita.

## 4.2.5 Kuntoutus

Työryhmän tuli myös selvittää Kansaneläkelaitoksen järjestämän ja korvaaman psykoterapian ja kuntoutuksen sovittamista yhteen muuhun julkiseen palvelukokonaisuuteen.

Lainsäädännön näkökulmasta kuntoutusjärjestelmä näyttäytyy melko kattavana ja aukottomana. Käytännössä kuntoutuksessa on kuitenkin usein viiveitä ja epäselvyyksiä kuntoutusjärjestelmän hajanaisuuden vuoksi. Hallitusohjelman mukaan monialaisen kuntoutuksen asiakaslähtöisyyttä parannetaan ja kuntoutuksen järjestämis- ja rahoitusvastuita sekä kuntoutusprosessia selkiytetään kuntoutujan näkökulmasta. Monialaisen kuntoutuksen selvitystyö käynnistetään sosiaali- ja terveysministeriössä vuonna 2013. Selvitystyössä tarkastellaan myös julkisen terveydenhuollon lääkinällisen kuntoutuksen järjestämisvelvollisuuden ja Kelan järjestämän ja korvaaman kuntoutuksen välistä rajanvetoa.

Työryhmän arvion mukaan kuntoutukseen ohjautumista voitaisiin kehittää asiakasyhteistyön toimivuutta parantamalla. Nykyisellään lakiin perustuvan asiakasyhteistyön toteutuminen on kirjavaa. Asiakasyhteistyön lisäksi kuntoutuksen oikea-aikaisuutta ja kuntoutukseen ohjautumista voitaisiin kehittää kuntoutussuunnitelmien laatua parantamalla. Kuntoutussuunnitelmien laatu ja sisältö vaihtelevat huomattavasti paikkakunnittain. Lähtökohtana on, että kunta on velvollinen järjestämään kuntoutussuunnitelman mukaisen kuntoutuksen, jos kuntoutus ei kuulu Kansaneläkelaitoksen vastuulle ja vakuutettu saa hylkäävän päätöksen. Kaikissa tapauksissa kunta ei kuitenkaan pysty järjestämään kuntoutussuunnitelman mukaista kuntoutusta.

### *Psykoterapian korvaaminen sairaanhoitona ja kuntoutuksena*

Työryhmä on toimeksiantonsa mukaisesti tarkastellut myös kuntoutuspsykoterapian ja psykoterapian korvaamisen kehittämistarpeita. Kela korvaa opiskelu- tai työkyvyn ylläpitämiseksi tai parantamiseksi tarpeellisen kuntoutuspsykoterapian kustannuksia 16–67-vuotialle vakuutetuille. Korvaaminen edellyttää, että vakuutettu on mielenterveyden häiriön toteamisen jälkeen ollut vähintään kolme kuukautta asianmukaisessa hoidossa. Hoitosuhteen tulisi jatkua myös kuntoutuspsykoterapian aikana. Lisäksi Kela korvaa sairaanhoidovakuutuksesta lääkärin antamaa potilaan hoitoon liittyvää psykoterapiaa, joka voi edeltää Kelan korvausvelvollisuuden piiriin kuuluvaa kuntoutuspsykoterapiaa. Ensijainen vastuu mielenterveyspalveluiden ja kuntoutuksen järjestämisestä psykoterapia mukaan lukien on kuitenkin julkisella terveydenhuollolla.

Kuntoutuspsykoterapiaa haetaan usein sellaisessa vaiheessa, kun Kelan korvausvastuulle kuuluvan kuntoutuspsykoterapian edellytykset eivät ole vielä täyttyneet. Toisaalta masennusperäisen työkyvyttömyyden vähentämiseen tähtäävä hanke (Masto-hanke) suositteli vaikuttavaksi osoitetun aikarajoitteisen lyhytpsykoterapian tarjoamista esimerkiksi osana akuutin vaiheen masennuksen hoitoa. Aktiivinen varhaisen vaiheen hoito sisältäen myös (lyhyt)psykoterapian terveydenhuollossa luo edellytykset tulokselliselle kuntoutuspsykoterapialle. Hoidon ja kuntoutuksen välistä eroa tulikin selkeyttää niin, että Käypä hoito -suosituksen mukaisia määräaikaista fokuksia lyhytpsykoterapiajaksoja tarjottaisiin osana alkuvaiheen hoitoa ja Kelan korvaamaan kuntoutuspsykoterapiaan ohjautuisivat asiakkaat, jotka tarvitsevat pitkäkestoisempaa terapeutista kuntoutusta työ- tai opiskelukyyn ylläpitämiseksi tai palauttamiseksi. Hoitosuhteen tulisi kuitenkin jatkua koko kuntoutuspsykoterapian ajan. Tämä edellyttää tiivistä yhteistyötä ja vuorovaikutusta eri toimijatahojen, erityisesti hoitotahon ja kuntoutujan, kesken.

Kuntoutuspsykoterapian korkea omavastuuosuus erityisesti aikuisten kohdalla voi joissain tilanteissa estää tarpeellisen kuntoutuksen saannin. Kuntoutuspsykoterapiaan pääsyn turvaamiseksi työryhmä ehdottaa, että aikuisten kuntoutuspsykoterapian korvaustasoa nostettaisiin. Korvaustason nostaminen ei kuitenkaan saisi johtaa palveluista perittävien hintojen nousuun. Psykoterapiapalveluiden saatavuutta ja kuntoutujien alueellista tasa-arvoisuutta voitaisiin lisätä nettiterapiapalveluita kehittämällä.

Potilaan hoitoon kuuluvaa psykoterapiaa korvataan sairaanhoitovakuutuksesta. Tällä hetkellä sairaanhoitovakuutuksesta korvataan vain lääkärin antamaa psykoterapiaa. Hoitoon liittyvä psykoterapia voi edeltää kuntoutuksena korvattavaa kuntoutuspsykoterapiaa. Sairanhoitovakuutuksen kehittämistyöryhmä ehdotti vuonna 2007 antamassaan mietinnössä sairausvakuutuslain muuttamista siten, että terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun asetuksen (564/1994) 1 §:ssä tarkoitettujen nimikesuojattujen psykoterapeuttien antama psykoterapia saatettaisiin sairausvakuutuskorvausten piiriin. Muiden kuin lääkäreiden antama psykoterapia olisi korvattavaa yksityisessä terveydenhuollossa toimivan lääkärin määräämänä sairaudenhoitona. Myös Masto-hanke<sup>54</sup> ja hallituksen ja työmarkkinajärjestöjen työelämäryhmä<sup>55</sup> tukivat kehittämis ehdotusta.

Sairanhoitovakuutuksen kehittämistyöryhmän mukaan uudistuksen tavoitteena olisi turvata mielenterveyspalveluiden nopea saatavuus, mikä tukisi varhaisen puuttumisen ajatusta ja nykyistä matalampaa kynnystä hakeutua terapiaan. Työryhmän muistiossa todetaan, että palveluiden tarvitsijoille uudistus merkitsisi lisää valinnanvapautta ja vähentäisi alueellista epätasa-arvoisuutta palveluiden saatavuudessa. Lyhytkestoinen psykoterapia voisi edeltää kuntoutuksena annettavaa pitkäkestoista psykoterapiaa. Se toimisi hoitona kuntoutuspäätöstä odotettaessa.

Työurien pidentämisen ja palveluiden saatavuuden näkökulmasta työryhmä pitää ehdotusta muiden kuin lääkäreiden antaman psykoterapian saattamisesta sairausvakuutuskorvattavuuden piiriin perusteltuna. Työryhmä kuitenkin korostaa, että mielenterveyspalveluiden ja psykoterapian järjestäminen tulee tulevaisuudessakin olla ensisijaisesti julkisen terveydenhuollon vastuulla. Kansaneläkelaitoksen sairausvakuutuksesta korvaamaan psykoterapian ja kuntoutuksena korvaamaan kuntoutuspsykoterapian tehtävänä on täydentää julkisen terveydenhuollon järjestämisvelvollisuutta. Psykoterapian korvaamisen painopisteen siirtämisessä sairausvakuutuksesta korvattavaan yksityiseen terveydenhuoltoon liittyy vaara koulutetun henkilöstön siirtymisestä yksityiseen terveydenhuoltoon ja julkisen terveydenhuollon palvelujen vähentämisestä. Palveluiden vähentyessä vaikeutuisi entisestään niiden henkilöiden pääsy psykoterapian piiriin, joiden varat eivät riitä yksityisen terveydenhuollon korkeisiin omavastuuksiin. Tämän vuoksi työryhmä ehdottaa, että psykoterapeuttien työmarkkinatilanne ja uudistuksen vaikutus psykoterapiapalveluiden saatavuuteen selvitetäisiin ennen uudistuksen mahdollista eteenpäinviemistä.

<sup>54</sup> Sosiaali- ja terveysministeriö. Masto-hankkeen (2008–2011) loppuraportti. Masennusperäisen työkyvyttömyyden vähentämiseen tähtäävän hankkeen toiminta ja ehdotukset. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2011:15. Helsinki 2011.

<sup>55</sup> Ns. Ahtelan ryhmä. Ehdotuksia työurien pidentämiseksi. Työelämäryhmän loppuraportti 1.2.2010.



### *Työryhmän ehdotukset*

Työryhmä ehdottaa, että kuntoutukseen ohjautumista kehitettäisiin asiakasyhteistyön toimivuutta parantamalla. Kuntoutuksen oikea-aikaisuutta ja kuntoutukseen ohjautumista voitaisiin kehittää asiakasyhteistyön lisäksi myös kuntoutussuunnitelmien laatua parantamalla.

Työryhmä ehdottaa, että aikuisten kuntoutuspsykoterapian korvaustasoa nostettaisiin, jotta taloudelliset syyt eivät estäisi palveluihin pääsyä. Samalla tulisi kuitenkin varmistua siitä, ettei korvausten korotus siirry kuntoutuspsykoterapiasta perittäviin hintoihin. Psykoterapiapalveluiden saatavuutta ja kuntoutujien alueellista tasa-arvoisuutta voitaisiin lisätä nettiterapiapalveluita kehittämällä.

Työryhmä ehdottaa, että muiden kuin lääkäreiden antaman potilaan mahdollista kuntoutusta edeltävään hoitoon liittyvän psykoterapian saattamista sairausvakuutuskorvattavuuden piiriin selvitettäisiin. Selvitystyössä tulisi ottaa huomioon psykoterapeuttien työmarkkinatilanne ja uudistuksen vaikutus psykoterapiapalveluiden saatavuuteen.